

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

ARIANE GIRARD

INF., BSc

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE DES INFIRMIÈRES EN GROUPE DE MÉDECINE
DE FAMILLE OEUVRANT AUPRÈS DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES
CHRONIQUES PHYSIQUES ET PRÉSENTANT DES TROUBLES MENTAUX

COURANTS

AOÛT 2016

RÉSUMÉ

La prévalence des troubles mentaux courants (TMC) est plus élevée chez les personnes ayant une maladie chronique (MC) physique. La relation qui existe entre ces deux conditions de santé peut diminuer la qualité de vie et engendrer des incapacités sévères pour la personne. Ainsi, les infirmières de groupe de médecine de famille (GMF) sont de plus en plus sollicitées par la prise en charge de cette clientèle. Cependant, aucune donnée ne décrit la pratique de ces infirmières auprès de cette clientèle. Il devient donc difficile de développer et d'optimiser la pratique infirmière auprès de cette clientèle en l'absence de ces connaissances. L'objectif de ce mémoire était donc de décrire la pratique des infirmières de GMF auprès des personnes avec une ou plusieurs MC physiques présentant des TMC. Plus spécifiquement, il visait à : 1) décrire les activités réalisées ainsi que les compétences infirmières s'y rattachant 2) et décrire les facteurs qui influencent la mise en application de ces activités auprès de cette clientèle. Une étude qualitative descriptive a été réalisée. Les activités décrites par les participantes ont été regroupées dans cinq domaines : 1) évaluation de la condition de santé mentale et physique, 2) planification du suivi et des soins, 3) relation thérapeutique, 4) promotion de la santé, et 5) collaboration interprofessionnelle. Des facteurs pouvant affecter ces activités ont été identifiés : facteurs relationnels, liés aux compétences en santé mentale des infirmières ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement des lieux. Finalement, pour ce qui est des compétences infirmières, un ensemble de connaissances, d'attitudes et d'habiletés essentielles à détenir a été identifié. Ce projet a permis de dresser un portrait global des activités actuelles des infirmières de GMF auprès des personnes avec une ou plusieurs MC physiques et présentant un TMC. Certaines activités telles que le soutien à l'autogestion des TMC par les infirmières de même que les pratiques collaboratives pourraient être optimisées afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle en soins de première ligne.

REMERCIEMENTS

J'aimerais faire des remerciements sincères à chacune de mes trois directrices respectives : Pre Maud-Christine Chouinard, madame Marie-Eve Poitras, candidate au doctorat ainsi que Pre Catherine Hudon. Ces dernières m'ont, chacune à leur façon, fait grandement cheminer. Elles ont su me soutenir tout au long de mon parcours, m'ont donné des conseils judicieux et m'ont permis de réaliser des expériences de recherche inoubliables.

Je tiens également à remercier Pre Pasquale Roberge, membre de mon comité d'encadrement, de m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon projet de maîtrise en étroite collaboration avec son équipe dans le cadre du projet démarreur du Réseau de recherche axé sur les pratiques de première ligne de l'Université de Sherbrooke. Je voudrais aussi remercier deux membres de son équipe de recherche soit madame Annie Benoît et madame Hélène Brouillet.

Je remercie les organismes subventionnaires d'avoir cru en mon projet et de m'avoir octroyé du financement qui m'a permis de réaliser mes études dans un délai raisonnable sans avoir eu de préoccupations financières : Programme de développement de la mission universitaire du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi-Fondation de ma vie, ministère des études supérieures et de la recherche du Québec ainsi que le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec.

Je remercie aussi toutes les infirmières qui ont accepté de prendre part à l'étude ainsi que les gestionnaires et médecins responsables des GMF de leur collaboration.

Je remercie l'UQAC d'avoir mis à ma disposition des locaux pour travailler et le matériel nécessaire à la réalisation de mon projet d'étude.

Un merci spécial à madame Marie Tremblay, directrice des programmes de deuxième cycle en sciences infirmières de l'UQAC pour les bons conseils et pour la façon qu'elle a de croire en la réussite de ses étudiants.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	5
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS	15
Stratégies de recherche.....	16
Définitions des concepts clés en santé mentale	17
Santé mentale	17
Troubles mentaux.....	18
Troubles anxieux	19
Troubles dépressifs.....	20
Relation entre les TMC et les MC physiques	21
Multimorbidité	22
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).....	23
Maladies cardiovasculaires	23
Diabète	25
Soins offerts aux personnes avec des TMC en SPL	25
Soins en étape	26
Soins en collaboration.....	28
Infirmière gestionnaire de soins dans un modèle de soins en collaboration.....	30
Dépistage des TMC en SPL chez les personnes avec MC physiques	33
Pratique des infirmières de SPL à l'égard des personnes avec MC physiques et TMC ..	36
Description de la pratique infirmière	36
Activités des infirmières en MC	37
Activités des infirmières auprès des personnes avec MC physiques et TMC	38
Facteurs d'influence	42
Compétences cliniques de l'infirmière auprès de la clientèle.....	44
Pratique infirmière en santé mentale au Québec.....	45
Compétences cliniques en santé mentale des infirmières au Québec	47
Pratique des infirmières de GMF	49
Questions de recherche	50
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE.....	53
Devis de recherche	54
Définitions conceptuelles	55
Groupe de médecine de famille	55

Unité de médecine familiale	56
Activité.....	56
Compétences cliniques des infirmières.....	56
Milieux de l'étude.....	57
Population cible et échantillon.....	57
Recrutement	58
Collecte de données	60
Outils de collecte de données.....	60
Entrevue de validation	61
Analyse des données.....	62
Critères de rigueur	65
Considérations éthiques	65
 CHAPITRE 4 RÉSULTATS	 68
Section 1 Primary care nursing practice with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: A qualitative study	 69
Abstract.....	70
Introduction.....	71
Methods.....	73
Results.....	76
Table 1 Characteristics of the sample	77
Table 2 Characteristics of the FMGs	77
Table 3 Domains of activities and description	79-80
Discussion	90
Strengths and limits.....	93
Conclusion	94
References.....	95-98
Section 2	99
Compétences cliniques des infirmières.....	99
Facteurs qui influencent les activités des infirmières de GMF à l'égard des personnes avec TMC (barrières et facilitants)	 104
 CHAPITRE 5 DISCUSSION	 118
Discussion des résultats	119
Forces et limites de l'étude	128
CONCLUSION.....	131
 RÉFÉRENCES	 134
 APPENDICES	 146
APPENDICE A Formulaire d'information et de consentement Version 1	146-150

APPENDICE B Canevas d’entrevue pour les infirmières	151-155
APPENDICE C Questionnaire administré aux cliniciens	156-160
APPENDICE D Formulaire d’information et de consentement Version 2	161-165

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 Compétences cliniques des infirmières en santé mentale attendues par l'OIIQ (2009).....	47-48
Figure 1 Schématisation pour la description de la pratique infirmière.....	63
Figure 2 Compétences cliniques perçues essentielles par les infirmières de GMF pour œuvrer auprès des personnes avec MC physiques et TMC.....	104
Figure 3 Facteurs qui influencent la mise en application des activités infirmières auprès des personnes avec MC physiques et TMC.....	117

LISTE DES ABRÉVIATIONS

GMF : Groupe de médecine de famille

MC : Maladie chronique

SPL : Soins de première ligne

TMC : Troubles mentaux courants

UMF : Unité de médecine familiale

INTRODUCTION

Les troubles mentaux courants (TMC), tels que la dépression et l'anxiété, sont les troubles mentaux les plus fréquents en soins de première ligne (SPL) (Kroenke, Spitzer, Williams, Monohan, & Löwe, 2007). Au Québec, environ une personne sur trois présente des symptômes anxieux ou dépressifs (Fournier et al., 2011). Par ailleurs, une relation bidirectionnelle entre les maladies chroniques (MC) physiques et les TMC a été identifiée dans la littérature (Jani, Purves, Barry, Cavanagh, Mclean, & Mair, 2013). Les MC touchent également une grande partie de la population québécoise. En effet, environ 90 % des personnes qui consultent un médecin de famille au Québec ont au moins une MC (Fortin, Bravo, Hudon, Vanasse, & Lapointe, 2005). La relation bidirectionnelle qui existe entre les MC physiques et les TMC est associée à des conséquences importantes pour la vie de la personne et de sa famille. La concomitance entre ces deux conditions de santé nécessite que les professionnels de la santé en SPL prennent en considération la condition de santé physique et mentale de la personne lors des consultations (Barnett et al., 2012).

Actuellement, plusieurs auteurs sont d'avis que les infirmières de SPL devraient être davantage impliquées dans le suivi des personnes avec MC physiques et TMC (McKinlay, Garrett, McBain, Dowell, Collings, & Stanley, 2011; Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons, & Gott, 2015). Avec la formation et les ressources nécessaires, ces dernières peuvent : dépister les TMC; surveiller les symptômes cliniques des TMC ainsi que l'efficacité des traitements en cours; offrir du soutien à l'autogestion pour le TMC; enseigner les bonnes habitudes de vie et des méthodes de gestion du stress (McKinlay et al., 2011; Watherworth et al., 2015).

Le gouvernement québécois a créé au début des années 2000 les groupes de médecine de famille (GMF) afin d'augmenter l'accessibilité aux soins et services de première ligne. Les infirmières de GMF sont impliquées, conjointement avec un médecin de famille, dans la prise en charge de la clientèle avec MC (OIIQ/FMOQ, 2005). Ainsi, ces dernières ont un contact régulier avec les personnes atteintes de MC physiques et présentant à la fois un TMC. Toutefois, aucune étude n'a été réalisée au Québec afin d'explorer la pratique des infirmières de GMF auprès des personnes avec une ou plusieurs MC physiques et présentant à la fois des TMC.

Le but de cette étude est donc de décrire la pratique des infirmières de GMF auprès des personnes avec une ou plusieurs MC physiques et présentant à la fois un TMC. Une étude qualitative descriptive a été réalisée.

Le premier chapitre du mémoire explique la problématique. Par la suite, une recension des écrits est présentée et porte sur les thématiques suivantes : description des concepts clés en santé mentale abordés dans cette étude; relation entre les MC physiques et les TMC; soins offerts aux personnes avec des TMC en SPL; pratique de l'infirmière de SPL à l'égard des personnes avec MC physiques et TMC; pratique infirmière en santé mentale au Québec; pratique des infirmières de GMF. Le troisième chapitre présente la méthodologie sous-jacente à la réalisation du projet de recherche. Le quatrième chapitre porte sur les résultats et est séparé en deux sections. La première section est réservée au manuscrit qui a été soumis dans une revue scientifique et la deuxième section est attribuée aux résultats qui n'ont pas été abordés dans le manuscrit. Quant au chapitre 5, la discussion

des principaux résultats de l'étude ainsi que les forces et les limites y sont présentées.

Finalement, la conclusion est présentée.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Dans la population en général, la prévalence des TMC, tels que l'anxiété et la dépression, est deux à trois fois plus élevée chez les personnes atteintes d'une MC physique (Scott et al., 2007). Les personnes avec plusieurs MC physiques en SPL sont également plus à risque de présenter des symptômes dépressifs (Gunn et al., 2012). La relation bidirectionnelle qui existe entre les MC physiques et les TMC est associée à des conséquences importantes dans la vie de la personne qui en est atteinte (Kroenke, Spitzer, Williams, Monohan, & Löwe, 2007; Sareen, Cox, Clara, & Asmundson, 2005; Teesson, Mitchell, Deady, Memedovic, Slade, & Baillie, 2011). La concomitance de ces deux catégories de conditions de santé nécessite que les professionnels de la santé en SPL prennent en considération l'état de santé physique et mentale de la personne lors des consultations (Barnett, Mercer, Norbury, Watt, Wyke, & Guthrie, 2012).

Plusieurs phénomènes d'ordre physique, psychologique et social peuvent expliquer l'apparition de troubles anxieux et dépressifs chez les personnes atteintes d'une ou de plusieurs MC physiques (Roy-Byrne et al., 2008). Certains phénomènes physiologiques sont spécifiques à la MC physique et certains d'entre eux demeurent à l'heure actuelle méconnus (Roy-Byrne et al., 2008). La relation entre les TMC et les MC physiques est associée à des incapacités sévères, à une augmentation de l'utilisation des services de santé, à une diminution de la qualité de vie et à une détérioration de la condition de santé des personnes (Kroenke et al., 2007; Sareen et al., 2005; Teesson et al., 2011).

Être atteint d'une MC physique, avec ou sans TMC, peut s'avérer un défi quotidien pour plusieurs individus. En effet, maintes barrières interfèrent avec une autogestion adéquate de la maladie (Bayliss, Ellis, & Steiner, 2007; Bayliss, Steiner, Fernald, Crane, &

Main, 2003). Par exemple, le manque de ressources, les contraintes financières, les problèmes reliés au transport, les effets combinés de la maladie et de la prise de médicaments (symptômes et effets indésirables) et le manque de connaissances sont des contraintes nuisant à une autogestion adéquate de la maladie (Bayliss et al., 2007). Lorsqu'une personne est atteinte à la fois d'une MC physique et d'un TMC, ces barrières peuvent être accrues en plus d'être accompagnées de contraintes psychologiques reliées au TMC en soi. En effet, les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent avoir un manque de motivation et de confiance en soi (Roberts & Bailey, 2011). Ces comportements occasionnent des problèmes d'adaptation dans certaines activités de la vie quotidienne et une réticence à s'engager dans des comportements de santé (Roberts & Bailey, 2011).

Depuis la restructuration du système de santé québécois dans les années 2000, les personnes ayant une ou plusieurs MC peuvent avoir accès à un suivi infirmier et médical au sein d'un établissement appelé groupe de médecine de famille (GMF). Actuellement, environ 250 GMF sont répartis dans l'ensemble de la province du Québec (Leclerc, 2015). Un des objectifs de ceux-ci est d'améliorer l'accessibilité des soins et des services de première ligne en offrant une meilleure prise en charge des personnes ayant une MC par une infirmière clinicienne et un médecin traitant (Émond et al., 2003).

D'ailleurs, les infirmières en GMF sont de plus en plus sollicitées dans la prise en charge des personnes atteintes d'une ou de plusieurs MC physiques présentant des TMC. L'implantation des GMF au Québec est tout de même récente et au départ, la prise en charge des personnes avec TMC par les infirmières n'était pas une orientation principale de ceux-ci. Ainsi, les infirmières de GMF ont du développer une pratique qui tient compte des

TMC, même si initialement, elles n'avaient pas nécessairement les connaissances et les habiletés pour le faire. Par conséquent, la pratique des infirmières de GMF auprès de cette clientèle grandissante en SPL nécessite une attention particulière.

En effet, la présence de conditions chroniques multiples est un défi pour la personne, mais complexifie également la pratique des infirmières de GMF. Le fait de se retrouver en présence d'une personne qui présente à la fois une ou plusieurs MC physiques et un TMC nécessite pour les infirmières d'intégrer des connaissances variées, d'assurer la surveillance de plusieurs paramètres cliniques à la fois, de soutenir la personne dans l'autogestion de ses conditions de santé et de faire de l'éducation thérapeutique pour l'ensemble des maladies. De plus, celles-ci peuvent ne pas se sentir suffisamment outillées pour intervenir en regard des TMC (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2012).

Au Québec, l'apport nécessaire des infirmières à la santé mentale n'est pas considéré à sa juste valeur et demeure méconnu (Ricard, Page, & Laflamme, 2014). Ailleurs dans le monde, il a également été constaté que les activités des infirmières en SPL concernant la santé mentale diminuent depuis les dernières années (Halcomb, Salomonson, Davidson, Kaur, & Young, 2014). Cependant, de par leurs compétences au niveau de l'évaluation de la condition physique, mentale et psychosociale, de même que par leur capacité à prendre en charge globalement les personnes atteintes de MC physiques (Chouinard et al., 2015), les infirmières de GMF sont dans une position stratégique pour influencer et apporter des changements novateurs face à la prestation des soins de santé mentale auprès de cette clientèle.

Plusieurs sont d'avis que les infirmières de SPL gagnent à être utilisées dans les soins offerts aux personnes avec MC physiques et TMC (DeJesus, Howell, Williams, Hathaway, & Vickers, 2014; Ekers, Murphy, Archer, Ebenezer, Kemp, & Gilbody, 2013; Katon et al., 2010; McKinlay et al., 2011; Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons, & Gott, 2015). En effet, en ayant les ressources et la formation appropriée, les infirmières de SPL pourraient : dépister les TMC à l'aide d'outils standardisés (McKinlay et al., 2011; Waterworth et al., 2015); offrir du soutien psychologique et du soutien à l'autogestion pour les TMC (DeJesus et al., 2014; Katon et al., 2010); et donner de l'enseignement sur les saines habitudes de vie ainsi que sur les méthodes de gestion du stress (McKinlay et al., 2011). Elles pourraient également assurer la surveillance, lors d'un suivi téléphonique, de la clientèle présentant des symptômes anxieux et dépressifs (McKinlay et al., 2011). Actuellement, il semble incertain que ces activités soient réalisées par les infirmières de GMF auprès de cette clientèle. La littérature actuelle portant sur le modèle québécois de GMF ne précise pas ce que les infirmières de GMF font à l'égard des personnes avec MC physiques et TMC.

Le changement et l'amélioration d'une pratique débutent généralement par l'identification de ce qui est fait par les professionnels en place, et ce, afin d'identifier l'écart entre les bonnes pratiques et les pratiques courantes (National Institute For Health and Clinical Excellence (NICE), 2007). En ce sens, il devient difficile de développer et d'améliorer la pratique des infirmières de GMF auprès des personnes atteintes de MC physiques et de TMC en l'absence des connaissances sur les activités actuellement réalisées par celles-ci. De plus, l'obtention d'un premier portrait des activités effectuées par les

infirmières de GMF auprès de cette clientèle permettrait de faire connaître la contribution essentielle des infirmières à l'égard de la santé mentale.

Par ailleurs, les soins de collaboration pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs ont démontré leur efficacité en SPL (Archer et al., 2012). Ils réduisent les symptômes de la dépression et de l'anxiété, augmentent la qualité de vie ainsi que le degré de satisfaction des personnes (Archer et al., 2012; Coventry, Dicken, & Todd, 2014; Watzke et al., 2014). Ce type de soins implique la présence d'un médecin de famille, d'un spécialiste en santé mentale (ex. psychiatre) ainsi que d'un gestionnaire de soins (Archer et al., 2012). L'utilisation d'une infirmière de SPL comme gestionnaire de soins pour le suivi de la dépression des personnes avec MC physiques diminuerait les symptômes dépressifs et augmenterait le degré de satisfaction des personnes suivies à l'égard des soins reçus (Ekers et al., 2013). Le gestionnaire de soins assure un contact régulier avec la personne, coordonne les soins avec le médecin de famille ainsi qu'avec un spécialiste, surveille la progression de la condition de santé de la personne et son adhérence aux traitements, entreprend des actions lorsque le traitement n'est pas efficace et offre du soutien psychologique (Von Korff et Goldberg, 2001; Katon, Von Korff, Lin, & Simon, 2001).

Lorsqu'une infirmière de SPL soutient la personne dans la gestion de son TMC et de sa MC physique, qu'elle travaille en collaboration avec un médecin de famille et qu'elle est soutenue par une équipe spécialisée (psychologue ou psychiatre), une diminution des symptômes dépressifs et une amélioration des paramètres cliniques (p. ex. tension artérielle) ont été remarquées (Katon et al., 2010). De plus, le soutien à l'autogestion par une infirmière améliore la capacité de prise en charge de la personne (DeJesus et al., 2014).

Malgré la connaissance de l'efficacité des pratiques collaboratives auprès de cette clientèle, aucune étude décrit comment les infirmières de GMF sont impliquées dans le suivi interprofessionnel de cette clientèle et si elles s'adonnent à ce type d'activités. De plus, un ensemble de facteurs contraignants et facilitants sont susceptibles d'influer sur la pratique des infirmières de GMF auprès des personnes avec MC physiques et TMC. Ces facteurs peuvent être reliés à la pratique des infirmières de GMF en général ou être spécifiques aux différentes clientèles desservies.

Suite à l'implantation des GMF, des facteurs contribuant à optimiser ou à rendre plus difficile la pratique des infirmières de GMF en général ont été identifiés. Ceux-ci peuvent être liés à l'organisation des lieux, à l'offre de services médicaux, aux modalités de fonctionnement de la clinique (Pelletier, 2008), à l'étalement des GMF sur plusieurs sites ou encore à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières (Beaulieu et al., 2006; D'Amour, Tremblay & Proulx, 2009). L'étalement des GMF sur plusieurs sites peut engendrer des défis tels que la difficulté à trouver des lieux communs pour établir une rencontre d'équipe ou encore des difficultés à rendre homogènes les pratiques d'un site à un autre (Beaulieu et al., 2006). En ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières, celle-ci serait favorisée lorsque les médecins perçoivent les infirmières comme des collaboratrices plutôt que des assistantes (Beaulieu et al., 2006; D'Amour et al., 2009). De plus, la connaissance des compétences des infirmières de GMF par le médecin et de leur capacité à assurer le suivi d'une clientèle influencent la confiance qu'il a l'égard de celles-ci (D'Amour et al., 2009;

Roy & Sylvain, 2004). Le médecin serait plus confortable de déléguer des responsabilités aux infirmières chez qui il connaît les compétences (D'Amour et al., 2009).

Par ailleurs, deux types de pratique infirmière ont été identifiés dans les GMF : la pratique infirmière qui relève de soins continus et du suivi des personnes atteintes de MC physiques ainsi que la pratique essentiellement ponctuelle effectuée selon la demande des médecins (D'Amour et al., 2008). Cette dernière pratique ne serait pas favorable au suivi des personnes atteintes de MC physiques avec TMC considérant que ces dernières doivent bénéficier d'un suivi basé selon une approche centrée sur la personne qui tient compte de ses besoins spécifiques (NICE, 2009).

En plus des facteurs propres à la pratique des infirmières de GMF, des barrières liées spécifiquement à la clientèle avec MC physiques et TMC peuvent influencer sur l'ensemble des soins offerts par les professionnels de la santé en GMF. Parmi les barrières décrites se retrouvent la stigmatisation liée aux TMC, le manque de temps, l'accès difficile à un psychologue ou encore une faible collaboration entre les professionnels spécialisés en santé mentale et l'équipe du GMF (Roberge et al., 2015). L'ensemble de ces facteurs est certainement susceptible d'influencer les activités prodiguées par les infirmières aux personnes atteintes de MC physiques avec TMC, d'où l'importance de les explorer davantage. Il devient alors essentiel de savoir comment les infirmières de GMF perçoivent ces facteurs, ou d'autres, comme étant facilitants ou contraignants, et si elles ont identifié des moyens pour faciliter le suivi de cette clientèle.

Également, les professionnels de la santé en SPL doivent détenir des compétences particulières en santé mentale et comprendre la relation entre les TMC et les MC physiques

(Croghan & Brown, 2010). Les infirmières de SPL doivent être formées adéquatement en santé mentale et être en mesure de prendre en charge une personne avec des comorbidités complexes qui nécessitent des soins selon une approche centrée sur la personne (Delaney, Robinson, & Chafetz, 2013). Sans l'éducation et l'expérience appropriées en santé mentale, les infirmières en SPL sont susceptibles de ne pas reconnaître la cooccurrence de troubles mentaux chez une personne qui se présente en SPL (Academy of Nursing Psychiatric Mental Health Substance Abuse Expert Panel, 2012). De même, ces infirmières doivent faire preuve d'empathie auprès des personnes, être sensibles à leur détresse ainsi qu'à leurs besoins et détenir des compétences dans le soutien à l'autogestion des MC physiques et des TMC (Hendrix et al., 2015).

Finalement, les données actuelles démontrent que les infirmières de SPL peuvent prodiguer certaines activités auprès de cette clientèle et même jouer le rôle de gestionnaire de soins à l'intérieur d'un modèle de soins en collaboration. D'ailleurs, pour assurer un suivi optimal auprès de cette clientèle, les infirmières doivent détenir des compétences spécifiques. Par contre, plusieurs facteurs peuvent influencer la pratique des infirmières de GMF auprès de cette clientèle. En l'absence d'une description claire des activités actuellement réalisées par les infirmières de GMF auprès des personnes atteintes de MC physiques avec TMC, des facteurs d'influence ainsi que des compétences essentielles à détenir, il devient difficile d'orienter et d'optimiser le suivi de cette clientèle offert par les infirmières de GMF. Ainsi, une meilleure connaissance de ces aspects est nécessaire afin de guider le développement des futures pratiques auprès de cette clientèle complexe et grandissante.

La réalisation d'une étude descriptive qualitative (Sandelowski, 2000, 2010) a été la stratégie proposée afin de mieux décrire et comprendre la pratique des infirmières de GMF à l'égard des personnes atteintes de MC physiques présentant des TMC. Les résultats de cette étude offrent une description en profondeur de la pratique des infirmières de GMF auprès de cette clientèle. De plus, les résultats permettent de vérifier s'il existe un écart entre ce que les infirmières de GMF font actuellement et ce qui est suggéré dans la littérature. Ceci dans un souci d'offrir aux personnes atteintes de MC physiques présentant des TMC en GMF, un suivi de qualité qui correspond à leurs besoins en matière de santé physique et mentale.

But de l'étude

Le but de cette étude était de décrire la pratique des infirmières de GMF auprès des personnes avec MC physiques présentant des troubles anxieux et dépressifs. Plus précisément, elle visait à décrire les activités qu'elles réalisent en lien avec les TMC, les compétences s'y rattachant ainsi que les facteurs qui influencent leur pratique auprès de cette clientèle.

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS

Les thèmes explorés dans cette recension des écrits sont : 1) les définitions des concepts clés en santé mentale abordés dans ce projet; 2) la relation entre les MC physiques et les TMC; 3) les soins offerts aux personnes avec TMC en SPL; 4) la pratique de l'infirmière de SPL à l'égard des personnes avec MC physiques et TMC; 5) la pratique infirmière en santé mentale au Québec; 6) la pratique des infirmières de GMF. Le processus sous-jacent au choix des thématiques pour la recension des écrits a été réalisé en deux étapes distinctes tout au long du projet de recherche. Ces deux étapes sont expliquées dans la première partie de la recension.

Stratégies de recherche

La première étape de recherche documentaire a été réalisée avant et pendant la collecte des données et a permis à l'étudiante de se familiariser avec les concepts clés et la littérature en lien avec les objectifs du projet. Pour ce faire, une stratégie de recherche a été effectuée dans les bases de données CINAHL et MEDLINE avec l'utilisation des mots clés et opérateurs booléens suivants : ((nursing OR « clinical nurse practitioners » OR « primary care nurse » OR « registered nurse » OR « practice nurse ») AND (« chronic disease » OR « chronic disorders » OR « long-term condition ») AND (« primary health care » OR « primary care » OR « family practice ») AND (« mental illness » OR « mental disorders » OR « mental health » OR anxiety OR depression)) NOT schizophrenia NOT bipolar disorder. Les termes schizophrénie et trouble bipolaire ont été exclus, car pour cette étude, seulement les troubles anxieux et dépressifs ont été considérés. 135 articles ont ainsi émergé de cette stratégie dont 82 en provenance de MEDLINE et 53 de CINAHL. Tous les

articles traitant des maladies mentales graves, de la clientèle pédiatrique ou concernant un contexte autre que les SPL ont été exclus. Finalement, un total de 35 articles a été retenu pour des fins de lecture. Les articles sélectionnés ont été analysés à l'aide du logiciel NVivo10 par l'étudiante qui a entrepris une stratégie de codification afin de ressortir les principaux sujets abordés dans chacun des articles. Cette première étape a également permis de concevoir un premier plan de la recension des écrits et d'approfondir certains concepts lors des entrevues.

La deuxième étape de la recension des écrits a été réalisée suite à l'analyse des résultats en fonction des interprétations et des résultats émergents. En recherche qualitative, l'objectif principal de la recension des écrits est de vérifier comment les résultats peuvent s'appliquer aux connaissances actuelles (Streubert & Carpenter, 2011). Des articles supplémentaires ont donc été sélectionnés en fonction des principaux résultats obtenus. Ces articles ont été répertoriés dans différentes bases de données en utilisant les principaux concepts à explorer comme mots clés.

Définitions des concepts clés en santé mentale

Santé mentale

La santé mentale est reconnue comme étant d'une importance majeure au sein de la santé publique. Elle fait partie intégrante du bien-être et de la santé globale des individus (Organisation Mondiale de la santé (OMS), 2005). La santé mentale ne signifie pas seulement l'absence de trouble mental. Selon l'OMS (2005), elle se traduit comme: « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales

de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.» (p. 2). Dans une même optique, l'Agence de la santé publique du Canada (2006) a adopté la définition suivante :

La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle. (p. 2)

Des facteurs d'ordre social, psychologique et biologique déterminent le niveau de santé mentale d'une personne (OMS, 2014). Ainsi, la santé mentale est propre à chaque personne et peut varier à tout moment en fonction de ses expériences personnelles, de ses antécédents de santé, des événements sociaux auxquelles elle est confrontée et de la façon dont elle s'adapte aux différents changements que lui impose la vie.

Troubles mentaux

Le terme trouble est souvent utilisé à la place du terme maladie mentale, car le processus de la maladie qui sous-tend le trouble demeure incertain (Andrews, Brugha, Thase, Duffy, Rucci, & Slade, 2007). Selon l'American Psychiatric Association (APA) (2013), le trouble mental est défini comme suit :

Syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement [...]
(p.22).

Seulement un médecin qui détient les compétences et l'expérience nécessaires est en mesure de poser un diagnostic de trouble mental. Actuellement, deux systèmes de classification des troubles mentaux sont utilisés en recherche et en pratique clinique : le système de classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS et le *Diagnostic and Statistical Manuals of Mental disorders* (DSM-V) conçu par l'APA. La CIM représente une norme internationale permettant de retrouver des données épidémiologiques des différentes maladies alors que le DSM est un manuel qui contient les critères diagnostiques de chaque trouble mental.

Parmi ces troubles mentaux, les troubles anxieux et dépressifs sont les plus courants chez la clientèle qui consulte en SPL (Ansseau et al., 2004). Au Québec, plus du tiers des personnes qui consultent un médecin généraliste ont des symptômes anxieux ou dépressifs (Fournier et al., 2011). Par ailleurs, les TMC peuvent engendrer de lourdes conséquences chez une personne et sa famille. Par exemple, les personnes avec un TMC sont plus à risque de commettre un acte de suicide (Combs & Markman, 2014). De plus, leur qualité de vie est diminuée comparativement aux personnes n'ayant aucun TMC (Andriopoulos, Lotti-Lykousa, Pappa, Papadopoulos, & Niakas, 2013; Barrera & Norton, 2009; Norberg, Diefenbach, & Tolin, 2008; Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007).

Troubles anxieux. Dans la population en général, le taux de prévalence à vie des troubles anxieux s'élève à environ 16,6 % (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006). En SPL, 19,5 % de la clientèle aurait au moins un diagnostic de trouble anxieux (Kroenke et

al., 2007). Les troubles anxieux sont caractérisés par une perturbation des comportements d'un individu reliée à une peur et à une anxiété excessive (APA, 2013). Plusieurs types de troubles anxieux sont répertoriés dans le DSM-V; cependant les plus fréquents en SPL seraient : le trouble d'anxiété sociale, le trouble d'anxiété généralisée ainsi que le trouble panique (Kroenke et al., 2007).

Troubles dépressifs. Au Canada, 14 % des personnes en SPL ont un diagnostic de dépression (Wong et al., 2014). En 2020, la dépression devrait représenter 5,7 % de la charge totale de la morbidité dans le monde (OMS, 2001). Divers troubles dépressifs sont répertoriés dans le DSM-V et sont différenciés en fonction de leur durée, de leur apparition et de leur étiologie. Les caractéristiques communes de ces troubles sont le sentiment de tristesse et de vide ainsi qu'une humeur irritable (APA, 2013). Ces caractéristiques sont accompagnées par des changements au niveau physique (p. ex. : perte d'énergie, insomnie ou hypersomnie) et cognitif (p. ex. : humeur dépressive, diminution de la concentration) affectant de façon importante les capacités fonctionnelles de l'individu (APA, 2013).

Relation entre les TMC et les MC physiques

L'existence d'une concomitance entre les MC physiques et les TMC a été rapportée dans la littérature (Katon, Lin, & Kroenke, 2007; Roy-Byrne et al., 2008). L'étiologie de cette relation, c'est-à-dire les causes et les facteurs qui provoquent soit la MC physique ou le TMC, demeure incertaine et plusieurs hypothèses ont été émises (Roy-Byrne et al., 2008). Par contre, un consensus quant à la direction de cette relation semble avoir été établi.

Celle-ci serait bidirectionnelle, c'est-à-dire qu'autant le TMC peut engendrer une MC physique que la MC physique peut provoquer des symptômes dépressifs ou anxieux (Gunn et al., 2012; Dowrick, 2006). La prochaine section présentera un bref aperçu des évidences qui existent sur la relation entre certaines MC physiques et les TMC.

Multimorbidité

Jusqu'à tout récemment, les études étaient surtout orientées en fonction d'une MC physique précise et d'un TMC (Gunn et al., 2012). Toutefois, avec le phénomène de multimorbidité en SPL, c'est-à-dire la cooccurrence de plus de deux MC chez une même personne (Van den Akker, Buntix, & Knottnerus, 1996), des chercheurs se sont questionnés à savoir si ce n'était pas plutôt l'ensemble de plusieurs MC physiques et l'impact que celles-ci ont sur la qualité de vie des personnes qui les mettraient à risque de présenter des symptômes anxieux ou dépressifs (Gunn et al., 2012; Chin, Choi, Wan, & Lam, 2016). L'incapacité d'effectuer certaines activités, les limitations physiques, la diminution de l'état de santé général ainsi que la douleur physique qui sont provoquées par la présence de plusieurs MC physiques pourraient effectivement expliquer la présence de symptômes dépressifs chez cette clientèle en SPL (Chin et al., 2016).

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

La MPOC est associée à un risque plus élevé d'anxiété et la dyspnée serait le symptôme le plus étroitement lié à cette association (Eisner et al., 2010). Selon Eisner et al. (2010), plus la maladie pulmonaire et les symptômes qui y sont associés sont sévères, plus

le risque d'anxiété augmente, ce qui amènerait de plus faibles résultats de santé. C'est-à-dire que le niveau de qualité de vie, le degré de performance à l'activité physique et les capacités fonctionnelles physiques des personnes seraient diminués (Eisner et al., 2010). Ces auteurs suggèrent également qu'il est possible que ce soit l'anxiété qui exacerbe la sévérité de la maladie et qui induit de faibles résultats sur la santé de la personne.

De leur côté, Pooler et Beech (2014) ont élaboré un modèle cyclique qui suggère qu'une diminution des capacités à faire face à la maladie pourrait précipiter l'anxiété et la dépression, ce qui pourrait aggraver la maladie et accroître les admissions à l'hôpital. Ces derniers rapportent que d'autres facteurs doivent être considérés. Par exemple, la diminution des capacités à faire face à la maladie peut être provoquée par le fait que la MPOC provoque une perte d'autonomie et peut diminuer la confiance en soi chez la personne (Pooler & Beech, 2014). De plus, la diminution de la qualité de vie et la dyspnée pourraient aussi être à l'origine des exacerbations de la maladie (Pooler & Beech, 2014).

Maladies cardiovasculaires

La dépression et l'anxiété ont été identifiées comme étant des facteurs de risque au développement des maladies cardiovasculaires (Van der Kooy, Hout, Marwijk, Marten, & Stehouwer, 2007; Scott et al., 2007). Certains facteurs psychologiques, tels que le stress chronique et la dépression, favoriseraient le développement de l'athérosclérose ainsi que l'apparition d'évènements cardiaques indésirables par le biais de divers mécanismes physiopathologiques (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005). Dans un même ordre d'idée, des chercheurs se sont intéressés aux types de symptômes

dépressifs, c'est-à-dire aux symptômes d'ordre somatique et cognitif, étant reliés au pronostic des maladies cardiovasculaires (de Miranda Azevedo, Roest, & Hoen, 2014). En résultat de leur méta-analyse, de Miranda Azevedo et al. (2014) ont conclu que les symptômes dépressifs somatiques (p. ex. fatigue, insomnie, perte d'appétit, perte de libido, etc.) étaient les symptômes dépressifs les plus souvent associés à des événements cardiaques et à la mortalité chez les personnes ayant une maladie cardiovasculaire. De plus, certaines classes d'antidépresseurs sont reconnues pour avoir des effets indésirables sur le système cardiovasculaire (Nezafati, Vojudanparast, & Nezafati, 2015).

L'infarctus du myocarde peut également être la cause d'une dépression majeure qui se présente dans environ 20% des cas (Thombs et al., 2006). Toutefois, après avoir vécu un événement bouleversant tel qu'un infarctus du myocarde, les personnes peuvent expérimenter des émotions et des comportements s'apparentant à des symptômes dépressifs et anxieux (Higgins, Murphy, Nicholas, Worcester, & Lindner, 2007). Ce phénomène est appelé « cardiac blues » et fait référence aux symptômes suivants : changement au niveau de l'appétit, difficulté à se concentrer, confusion et oublis, irritabilité, cauchemars, pensées récurrentes concernant un nouvel événement cardiaque, pensées reliées à la mort, sensibilité accrue et pleurs, perte d'intérêt dans ses activités ainsi que des problèmes de sommeil (Higgins, 2016). Toutefois, ce phénomène, qui est caractérisé comme étant normal et commun chez les personnes en « post-infarctus », se différencie de la dépression, par sa trajectoire (durée, intensité) ainsi que par la présence de facteurs de risque qui pourraient prédisposer une personne à souffrir d'une dépression (Higgins, 2016).

Diabète

La prévalence de la dépression chez les personnes présentant un diabète de type 2 serait environ deux fois plus élevée que chez les personnes non diabétiques (Ali, Stone, Peters, Davies, & Khunti, 2006). Les résultats d'une étude de cohorte longitudinale ont démontré qu'il y aurait une relation bidirectionnelle entre la dépression et le diabète de type 2 (Golden et al., 2008). Dans cette étude, deux types d'analyse ont été effectués auprès d'une même cohorte afin d'établir cette relation. Les premières analyses impliquaient des personnes sans diabète de type 2 au temps initial avec ou sans symptômes dépressifs, et ce, sur une période de 3,2 ans. Les résultats de ces premières analyses ont démontré que le risque de développer un diabète de type 2 augmente en fonction de la sévérité des symptômes dépressifs (Golden et al., 2008).

La deuxième série d'analyses impliquait des personnes sans symptôme dépressif au temps initial avec ou sans diabète de type 2 sur une période de 3,1 ans. Les personnes présentant un taux de glucose à jeun élevé, mais non traitées pour le diabète, ont été considérées; les données issues de cette catégorie de participants ont été analysées dans une catégorie distincte (diabète non traité). Finalement, les résultats démontrent que les personnes présentant un diabète de type 2 et qui sont traitées ont un risque significativement plus élevé que les personnes non traitées de développer des symptômes dépressifs pendant leur suivi (Golden et al., 2008). Les auteurs de l'étude suggèrent que le stress psychologique relié à la gestion du diabète pourrait expliquer que les symptômes dépressifs soient plus élevés chez les personnes diabétiques traitées que chez les non traitées.

De plus, la relation entre la dépression et le diabète pourrait être reliée au fait que les personnes ayant des symptômes dépressifs élevés portent une moins grande attention à leurs comportements de santé, ce qui pourrait les prédisposer à un diabète de type 2 (Siddiqui, 2014). Toutefois, les hypothèses émises quant à cette relation sont multiples et peuvent s'expliquer par divers mécanismes physiologiques et psychologiques (Siddiqui, 2014).

En résumé, un faible niveau de qualité de vie, les symptômes provoqués par les différentes MC physiques et les TMC, la gestion de la maladie, la prise de médication, ainsi que plusieurs mécanismes psychophysiopathologiques peuvent expliquer la relation qui existe entre les MC physiques et les TMC. Cette relation confirme que les professionnels de la santé œuvrant auprès de cette clientèle doivent à tout prix considérer ces deux types de conditions dans la prise en charge d'une personne avec une ou plusieurs MC physiques. Les infirmières qui exercent en SPL sont énormément sollicitées par cette clientèle grandissante et des mesures doivent assurément être prises afin de répondre à la réalité des personnes aux prises avec une MC physique.

Soins offerts aux personnes avec des TMC en SPL

L'ensemble des services en SPL a également un rôle de première nécessité dans le développement et la prestation des services offerts en santé mentale (Curid, Turner, Bellefontaine, & Spada, 2012). Les résultats d'une étude sur l'utilisation des services en santé mentale au Canada démontrent que la majorité des personnes présentant des troubles anxieux réclament de l'aide en SPL plutôt que dans des services spécialisés (Roberge,

Fournier, Duhoux, Nguyen, & Smolders 2011). Par ailleurs, la prévalence des TMC en SPL ainsi que les conséquences dommageables qu'ils engendrent sur la qualité de vie d'une personne démontrent l'importance d'agir dans ce secteur de soins. La section suivante dresse un portrait général sur les modèles de soins qui sont suggérés dans la littérature pour le traitement des TMC en SPL, sur l'utilisation des infirmières de SPL comme gestionnaire de soins dans un modèle de soins en collaboration ainsi que sur le dépistage des TMC en SPL.

Soins en étapes

De façon générale, les soins en étapes représentent un cadre de référence pour les soins offerts aux personnes avec une MC qui sollicite un minimum de ressources tout en visant les meilleurs résultats possible pour les personnes (Wagner, Austin, & Von Korff, 1996). Le premier niveau fait référence au dépistage, au diagnostic, à la prévention et à la surveillance des symptômes par des professionnels de la santé en SPL (Von Korff, 2000). Le deuxième niveau fait référence à l'introduction d'un traitement en SPL, en combinaison avec du soutien à l'autogestion de la maladie, du counseling et du suivi téléphonique pouvant être effectués par l'infirmière ou le médecin de famille. Lorsque le deuxième niveau ne permet pas de diminuer ou de contrôler les symptômes, la personne peut recevoir des consultations avec un spécialiste et/ou avec un gestionnaire de soins offrant un suivi plus étroit en SPL (niveau 3). Les soins offerts au troisième niveau s'apparentent à ceux du niveau 2, mais les stratégies de soutien à l'autogestion de la MC offertes par le clinicien sont intensifiées. En cas d'échec au traitement et d'aggravation des symptômes, la personne

peut être référée en milieux spécialisés de façon temporaire ou permanente (niveau 4). Les soins en étapes sont individualisés pour chaque personne et dans le cas où les symptômes sont invalidants ou nuisent à la sécurité et à la santé de la personne, celle-ci sera directement référée à un professionnel spécialisé (Von Korff, 2000).

Actuellement, il existe plusieurs modèles de soins en étapes pour les soins offerts aux personnes avec un TMC. Par exemple, le guide de pratique clinique « *Common mental health disorders* » (NICE 2011) et le protocole de soins pour la dépression au Québec (Fournier al., 2012) sont basés sur des modèles de soins en étapes. De façon générale, les deux modèles précédents débutent par la détection des symptômes anxieux et dépressifs (niveau 1) allant jusqu'à la référence vers des ressources spécialisées en santé mentale (niveau 4). Les traitements s'intensifient d'un niveau à l'autre (NICE, 2011). Plus précisément, lorsque les interventions et les traitements offerts à la personne ne sont pas efficaces, des interventions et traitements plus complexes (traitement pharmacologique et psychothérapie de haute intensité) impliquant la présence de professionnels spécialisés en santé mentale sont nécessaires. Le choix des traitements et des interventions est orienté en fonction des besoins et des préférences de la personne ainsi que du niveau de sévérité des symptômes rencontrés (NICE, 2011).

Seekles, van Straten, Beekman, van Marwijk, & Cuijpers (2009) ont également suggéré un modèle de soins en quatre étapes pour les personnes avec un TMC en SPL. Ce modèle de soins implique une infirmière de santé mentale jouant le rôle de gestionnaire de soins. La première étape débute par l'observation des symptômes anxieux et dépressifs seulement. Après quatre semaines, si les symptômes persistent, un guide pour aider la

personne en lien avec la problématique lui est remis et des séances de 30 minutes sont offertes par l'infirmière gestionnaire de soins (dans cette séance, l'infirmière peut vérifier la gravité des symptômes, offrir de la psychoéducation et expliquer le guide). Celle-ci offre également de la rétroaction par téléphone. À la troisième étape, la thérapie par résolution de problèmes (cinq sessions de 45 minutes) est offerte par la gestionnaire de soins aux personnes dont les symptômes persistent. Finalement, à la quatrième étape, la pharmacothérapie ou des soins spécialisés en santé mentale sont offerts à la personne chez qui les traitements précédents n'ont pas provoqué d'amélioration des symptômes. Toutefois, à tout moment lorsque les symptômes de la personne sont trop sévères, elle peut être dirigée à la quatrième étape (Seekles et al., 2009).

Soins en collaboration

Les modèles de soins en collaboration, s'appuyant sur les mêmes principes que les soins en étapes, sont privilégiés pour les soins des personnes avec un TMC en SPL (Bower, Gilbody, Richards, Fletcher, & Sutton, 2006). Ces modèles de soins sont également suggérés en présence d'une MC physique et d'un TMC (NICE, 2009). Les soins en collaboration seraient plus efficaces que les soins usuels pour le traitement des TMC (Archer et al., 2012). Gunn, Diggins, Hegarty, & Blashki, (2006) ont décrit les quatre principales caractéristiques des soins en collaboration :

- 1) Les soins à la personne sont délivrés selon une approche interprofessionnelle. C'est-à-dire qu'un médecin de famille est impliqué, un psychiatre répondant si possible ainsi qu'un autre professionnel de la santé (infirmière, psychologue, pharmacien, travailleur

social) qui joue le rôle de gestionnaire de soins. Ce dernier coordonne et prodigue des soins, en lien avec son champ de pratique, à la personne avec un TMC.

- 2) L'équipe interdisciplinaire élabore un plan de gestion des soins structurés. Le plan implique des protocoles ou des guides de pratique clinique ainsi que des interventions. Les interventions peuvent comprendre à la fois des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques (ex. thérapie cognitivo-comportementale, counseling, dépistage de la clientèle, matériel éducatif pour le professionnel et la personne suivie).
- 3) Un suivi planifié qui inclut des rencontres téléphoniques ou en personne dans le but de prodiguer des interventions thérapeutiques, d'exercer la surveillance des symptômes, des effets secondaires et l'adhérence aux traitements.
- 4) La communication entre les professionnelles est également une caractéristique essentielle. Des mécanismes doivent être mis en place afin de faciliter le partage d'information concernant la personne entre les professionnels concernés : rencontre d'équipe; discussion de cas; consultation et supervision individuelle du gestionnaire de soins; partage des données du dossier médical; rétroaction verbale entre les professionnels.

Une des particularités des soins en collaboration est la présence d'un gestionnaire de soins. Le gestionnaire de soins réalise plusieurs activités : dépister les TMC; s'engager auprès du patient et effectuer des activités d'éducation; entreprendre un suivi étroit des traitements en cours et surveiller les symptômes; offrir du soutien psychologique; s'assurer de l'amélioration des symptômes de la personne et l'orienter vers un psychiatre répondant le cas échéant; faciliter la communication entre les différents professionnels impliqués; et

ajuster le plan de traitement en fonction de l'atteinte des objectifs (Unützer, Harbin, Schoenbaum, & Druss, 2013).

L'expérience en santé mentale du gestionnaire de soins ne semble pas influencer les résultats ou les effets des soins en collaboration sur la personne (Coventry et al., 2011). Au contraire, les études démontrent que l'utilisation d'une infirmière généraliste comme gestionnaire de soins dans un modèle de soins en collaboration est privilégié pour le traitement des personnes avec TMC et MC physiques en SPL (Ekers et al., 2013). Ceci non seulement en raison de ses compétences professionnelles, mais également parce qu'elle est déjà couramment impliquée dans la gestion des soins des personnes avec maladies chroniques (Ekers et al., 2013).

Infirmière gestionnaire de soins dans un modèle de soins en collaboration

Aux États-Unis, l'étude de Katon et al. (2010) a démontré comment une infirmière gestionnaire de soins pouvait être impliquée dans un modèle de soins en collaboration. L'intervention a eu lieu sur une période de douze mois et visait à améliorer la gestion de la dépression par la personne ainsi que l'amélioration de la tension artérielle, de la glycémie et du taux de lipides sanguins.

Tout d'abord, les participants à l'étude ont travaillé en collaboration avec des infirmières et des médecins généralistes afin d'élaborer des objectifs individualisés. Par la suite, les infirmières effectuaient un suivi étroit (aux 2 à 3 semaines) avec la personne et avaient en leur possession un protocole qui leur permettait d'ajuster les traitements au besoin et de référer la personne au bon professionnel lorsque les objectifs n'étaient pas

atteints. Lors des suivis, les infirmières utilisaient l'approche motivationnelle et encourageaient les personnes à atteindre leurs objectifs. De plus, chaque semaine, une rencontre de groupe avait lieu avec les infirmières, un psychiatre, un médecin et un psychologue afin de discuter des nouveaux cas et des progrès des participants. Lorsque les objectifs étaient atteints (les objectifs étaient mesurés à l'aide d'outils validés), l'infirmière et le patient procédaient à un plan de maintien qui incluait diverses stratégies visant à prévenir une détérioration de la condition de santé des personnes. Les infirmières effectuaient ainsi des suivis téléphoniques et complétaient, à toutes les 4 semaines, les examens de laboratoire ainsi que le questionnaire *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) pour évaluer la dépression. Les auteurs ont conclu qu'une intervention prodiguée par une infirmière de SPL et orientée selon des lignes directrices en collaboration avec d'autres professionnels peut améliorer le contrôle de la MC physique et de la dépression (Katon et al., 2010).

Une autre étude, au Royaume-Uni, démontre également que l'utilisation d'une infirmière généraliste comme gestionnaire de soins qui travaille en collaboration avec une infirmière en santé mentale et un médecin de famille peut diminuer les symptômes dépressifs d'une personne (Ekers & Wilson, 2008). Ekers et al. (2008) ont réalisé un projet clinique impliquant des infirmières de SPL avec une formation limitée en santé mentale, mais avec une expertise en gestion des maladies chroniques. Les infirmières ont reçu trois jours de formation en lien avec la dépression ainsi que sur l'utilisation du PHQ-9. Dans le cadre du projet, les médecins recommandaient les personnes atteintes d'une dépression aux infirmières afin d'avoir une surveillance étroite des traitements.

La première rencontre avec la personne présentant une dépression avait lieu en face à face et, par la suite, le suivi se faisait par téléphone. Les discussions portaient sur la médication (effets secondaires, gestion de la médication), sur les comportements de la personne, sur des outils pour l'aider dans ses activités et sur l'évaluation des symptômes de la dépression avec l'utilisation du PHQ-9. Lorsque les infirmières ne notaient aucune amélioration des symptômes dépressifs ou que la situation était urgente, elles orientaient la personne vers son médecin de famille. Ou encore, une discussion de cas avait lieu entre l'infirmière en santé mentale, la gestionnaire de soins et le médecin de famille. Bien que cette dernière étude ne soit pas un essai randomisé comme l'étude de Katon et al. (2010), une amélioration des symptômes dépressifs ainsi que la satisfaction des personnes ayant bénéficié de ce service ont été notées.

Les résultats de ces études démontrent que la collaboration interprofessionnelle devrait faire partie courante de la pratique des infirmières de GMF lorsqu'elles travaillent avec les personnes ayant une ou plusieurs MC physiques et un TMC. De plus, l'utilisation de l'infirmière comme gestionnaire de soins dans les GMF pour les soins offerts aux personnes avec des TMC en SPL semble une avenue à privilégier. À ce jour, aucune étude n'a été répertoriée au Québec impliquant une infirmière de SPL et/ou de GMF dans un modèle de soins en collaboration semblable à ceux décrits dans les deux études précédentes pour le traitement de la dépression et de l'anxiété chez les personnes avec MC physique.

Dépistage des TMC en SPL chez les personnes avec MC physiques

Selon les principes des soins en étapes, les soins pour les TMC en SPL débutent généralement par la détection des symptômes. Toutefois, les résultats d'une méta-analyse sur le sujet ont démontré que le dépistage systématique de la dépression n'était pas approprié ou justifié en l'absence de pratiques collaboratives ou de moyens mis en place par l'organisation pour soutenir les personnes suite à la détection (Gilbody, Sheldon, & House, 2008). Au lieu du dépistage systématique, il serait préférable que les cliniciens soient alertes au risque de dépression chez les clientèles avec MC physiques et qu'ils questionnent la personne sur le sujet lorsqu'ils suspectent des symptômes ou des comportements à risque (NICE, 2009). L'opinion quant au dépistage de la dépression en SPL ne semble pas faire l'unanimité au sein des communautés de pratique et de recherche (Thombs et al., 2012).

Maxwell et al. (2013) ont réalisé une étude qualitative afin d'explorer l'expérience des professionnels de la santé, en particulier des infirmières, face au dépistage de la dépression chez les personnes avec MC physiques en SPL. Les auteurs rappellent que l'opinion des infirmières sur le sujet est particulièrement importante, car cette activité est essentiellement réalisée par ces dernières. Les données de cette étude ont été recueillies par l'entremise de groupes de discussion focalisée ayant pour thème la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention de dépistage par des infirmières (implantation ayant été décrite dans une autre étude) ainsi que la perception des cliniciens sur les besoins en santé mentale des personnes avec MC physiques. Les participants à ces groupes de discussion étaient constitués de médecins et d'infirmières généralistes et spécialisées en santé mentale.

Les résultats ont démontré que les participants utilisaient deux questions de dépistage et que, lorsqu'ils avaient besoin d'aller plus loin dans leur évaluation, ils utilisaient les outils suivants : PHQ-9, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) ou le *Beck Depression Inventory* (BDI) II. Les participants ont rapporté qu'ils manquaient de temps pour utiliser les outils avec plusieurs questions en raison des autres activités devant être entreprises pour la MC physique lors des rencontres. De plus, le manque de temps serait un facteur qui ferait hésiter le professionnel à poser des questions reliées aux émotions de la personne, car certains craignent l'ouverture « d'une porte » contenant plusieurs émotions pour lesquelles ils n'auront pas de temps à accorder. Ils ont également fait ressortir le manque de services disponibles une fois la personne dépistée de même que le manque de connaissances ou d'aisance à gérer la problématique une fois celle-ci identifiée.

Par ailleurs, les infirmières ont également rapporté que, jusqu'à tout récemment, leur rôle n'était pas orienté vers la santé mentale et qu'elles manquaient de connaissances sur le sujet. À cet effet, les participants à l'étude ont fait ressortir l'importance d'avoir plus de formation avant de procéder à l'implantation d'une telle intervention. Maxwell et al. (2013) ont d'ailleurs fait remarquer que le manque de confiance face à la gestion des problématiques en santé mentale peut rendre les infirmières plus vulnérables en mettant l'emphasis sur leur manque d'habileté. Finalement, l'utilisation d'un outil de dépistage a été perçue comme une façon plutôt mécanique et beaucoup moins holistique d'offrir des soins. Toutefois, lorsque les infirmières avaient de l'expérience en santé mentale et qu'elles démontraient de l'aisance, elles se voyaient plus en mesure d'avoir une discussion qui tient compte de la globalité de la personne et d'encourager la personne à discuter de ses

émotions. Les infirmières avec plus d'expérience en santé mentale voyaient davantage comment elles pouvaient être impliquées en collaboration avec le médecin dans les soins des personnes avec une MC physique et ayant une dépression (Maxwell et al., 2013).

Une étude ethnographique concernant le dépistage des TMC en SPL a également été conduite au Royaume-Uni par Alderson et al. (2014) et les résultats qui en découlent sont semblables à ceux émis par Maxwell et al. (2013). Par contre, dans cette étude, des patients ont pris part au projet et ont pu partager leur opinion quant au dépistage de la dépression lors des rencontres de suivi de la MC physique. Certains ont manifesté leur inconfort à se faire questionner sur le sujet lorsqu'ils se présentent pour un suivi de MC physique. Ces derniers ont souvent rapporté qu'ils n'étaient pas au courant de la relation qui existe entre les MC physiques et les TMC. Ils auraient aimé être préalablement informés avant d'être interrogés, car parfois, ils répondaient rapidement et accordaient plus ou moins d'importance aux questions. De plus, en raison du facteur temps, des participants ont mentionné qu'ils préféraient avoir une rencontre uniquement pour parler de leur humeur et non en même temps que leur rencontre pour le suivi de la MC physique (Alderson et al., 2014).

Le dépistage des TMC en SPL n'est pas sans obstacle. En effet, le besoin de mieux former les professionnels de la santé pouvant effectuer les tâches reliées au dépistage et au diagnostic de ces troubles constitue un élément important à considérer (Maxwell et al., 2013). L'importance de mettre en place des lignes directrices concernant l'ensemble du suivi pour le TMC et non seulement pour le dépistage s'avère également un critère essentiel (Alderson et al., 2014; Maxwell et al., 2013). Par ailleurs, l'étude d'Alderson et al. (2014)

souligne un point fort intéressant concernant l'importance de discuter ouvertement des TMC chez les personnes dès le début de leur suivi pour leur MC physique. Ceci afin d'éviter les incompréhensions et les inconforts pouvant être reliés aux questions d'ordre plutôt personnelles étant nécessaires à la détection des TMC.

Pratique des infirmières de SPL à l'égard des personnes avec MC physiques et TMC

Description de la pratique infirmière

Dans la littérature, il existe plusieurs façons de décrire une pratique professionnelle incluant la pratique infirmière (Poitras, Chouinard, Fortin, & Gallagher, 2016). Ainsi, afin d'être uniforme dans la façon de décrire la pratique infirmière, Poitras et al. (2016) ont conduit un examen de la portée (*scoping review*) et ont proposé une structure pour décrire la pratique professionnelle des infirmières. Les principaux concepts décrits dans cette structure sont les suivants : rôle professionnel, domaine d'activités et activité.

Ces auteurs suggèrent que le rôle professionnel soit défini comme étant l'ensemble des activités exercées par un professionnel en fonction d'un cadre législatif, de normes professionnelles, de l'étendue des pratiques ainsi qu'en fonction du système social à l'intérieur duquel le professionnel exerce sa profession. Le terme domaine est utilisé pour regrouper un ensemble d'activités permettant de décrire un rôle professionnel ou de caractériser une pratique professionnelle quelconque. Finalement, selon Poitras et al. (2016), le terme activité est central dans la description d'une pratique professionnelle. Ce

dernier fait référence aux actions entreprises quotidiennement par l'infirmière dans le cadre de sa pratique professionnelle (Oelke White, Besner, Doran, Hall, & Giovannetti, 2008).

De plus, les termes intervention, tâche et activité seraient utilisés de façon interchangeable dans la littérature; ils seraient donc considérés comme étant des synonymes (Poitras et al., 2016). Toutefois, afin d'être cohérent avec la structure proposée par ces derniers auteurs, le terme activité sera utilisé ici pour décrire la pratique des infirmières qui travaillent auprès des personnes avec MC physiques et TMC.

Activités des infirmières en MC

Pour ce qui est du rôle de l'infirmière en MC, Chouinard et al. (2015) ont recensé dans la littérature cinq domaines d'activités pouvant être entrepris et les ont décrit comme suit : 1) évaluation continue, 2) planification/coordination, 3) promotion de la santé, 4) soins directs ainsi que 5) soutien à la personne et à sa famille. Brièvement, dans l'évaluation continue, l'infirmière exerce l'évaluation de la condition de santé mentale et physique, l'évaluation psychosociale incluant les aspects spirituels, culturels ainsi que l'environnement de la personne et le dépistage des clientèles à risque. L'infirmière en MC devrait également s'assurer de coordonner les soins et les services au sein de l'équipe interdisciplinaire et de planifier les soins pour la personne. De plus, elle exerce des activités de promotion de la santé telles que la prévention des maladies, l'éducation thérapeutique et le soutien à l'autogestion de la maladie. Les soins directs aux patients (p. ex. ajustement, administration et initiation de traitements) font partie des soins plutôt techniques réalisés par l'infirmière auprès des personnes avec MC physiques (Chouinard et al., 2015).

Cette recension donne un portrait global des activités pouvant être réalisées par les infirmières qui travaillent en MC, et ce, pour l'ensemble des MC pouvant être prises en charge en SPL. Toutefois, en présence simultanée d'un TMC et d'une MC physique, des activités supplémentaires peuvent s'ajouter ou prendre plus d'importance dans le suivi de la clientèle. À cet effet, deux études réalisées en Nouvelle-Zélande concernant le rôle des infirmières à l'égard des personnes ayant un TMC ont été répertoriées (McKinlay et al., 2011; Watherworth et al., 2015).

Activités des infirmières auprès des personnes avec MC physiques et TMC

L'étude de McKinlay et al. (2011) visait à observer et à décrire l'évolution du rôle de l'infirmière suite au déploiement de divers projets en SPL. Ces projets avaient pour but principal d'améliorer les soins offerts aux personnes avec des troubles mentaux légers à modérés. L'ensemble des projets se sont déroulés sur une période de trois ans et ont été financés par le gouvernement; chaque milieu était libre de développer son propre projet.

Ainsi, McKinlay et al. (2011) ont réalisé des entrevues semi-structurées auprès de plusieurs participants (médecins, infirmières spécialisées en santé mentale, infirmières généralistes, décideurs) pendant toute la période d'implantation des projets dans les divers milieux impliqués. Les résultats ont, entre autres, révélé que les infirmières étaient impliquées différemment d'un emplacement à un autre. Certains milieux ont favorisé le développement d'un nouveau rôle impliquant une infirmière spécialisée en santé mentale, alors que d'autres milieux ont décidé d'impliquer les infirmières généralistes déjà en place. Parmi les milieux ayant décidé d'utiliser l'infirmière généraliste, certains se sont dotés de

lignes directrices dans lesquelles l'infirmière avait des responsabilités clairement établies contrairement à d'autres milieux où l'infirmière était impliquée, mais sans lignes directrices.

Les infirmières étant directement impliquées exerçaient les activités suivantes : développer un plan d'intervention pour améliorer l'état de bien-être de la personne; enseigner et soutenir dans la prise de médication ainsi que dans le changement des saines habitudes de vie et revoir les éléments abordés en psychothérapie afin de vérifier la progression de la personne. Ces dernières effectuaient également des appels téléphoniques dans le but de soutenir la personne et étaient supervisées par des infirmières spécialisées en santé mentale et des psychologues (discussion de cas, formation). Les infirmières issues des autres milieux, lorsqu'elles avaient l'opportunité d'être impliquées, effectuaient des activités de dépistage ainsi que des interventions psychologiques de faible intensité (p. ex. soutien motivationnel) par téléphone ou en face à face. En conclusion de leur étude, ces auteurs précisent que les compétences cliniques de l'infirmière généraliste dans son ensemble n'étaient pas suffisamment mises de l'avant.

De son côté, l'étude de Watherworth et al. (2015) visait à explorer comment les infirmières arrivent à reconnaître la dépression chez les personnes âgées avec une MC physique ainsi que les stratégies utilisées pour soutenir la personne. L'échantillon était constitué d'infirmières de soins à domicile, d'infirmières spécialisées en maladies cardiovasculaires et d'infirmières généralistes qui travaillent dans des cliniques de médecine de famille. Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues téléphoniques.

Les participantes ont souligné l'importance d'être en mesure de reconnaître tout changement dans le comportement d'une personne et de savoir quand elle a besoin d'une évaluation plus poussée. La plupart des participantes étaient au courant qu'il existe des outils d'évaluation pour la dépression, mais ne les utilisaient pas nécessairement lors de leur évaluation. Celles-ci procédaient plutôt en posant des questions directes et par l'observation des comportements à risque qui suggèrent que la personne peut présenter une dépression.

Pour ce qui est des activités de promotion de la santé, les infirmières ont rapporté qu'elles pouvaient donner de l'information sur les traitements pharmacologiques en cours et semblaient également exercer des activités de soutien à l'autogestion du TMC. Les stratégies de soutien à l'autogestion suivantes ont été répertoriées : fixer des objectifs réalistes; suggérer la relaxation comme méthode alternative et utiliser l'entrevue motivationnelle comme approche thérapeutique. Une infirmière a d'ailleurs mentionné qu'il lui arrivait de suggérer aux personnes de faire une liste de choses réalistes qu'elles désirent entreprendre la journée suivante en misant sur de petits objectifs une étape à la fois.

La construction d'une relation thérapeutique tout au long du processus de soins semble également un point extrêmement important selon les participantes. En effet, celles-ci ont rapporté que la relation thérapeutique est souvent associée à des résultats positifs sur l'autogestion de la dépression par la personne. Finalement, les participantes ont mentionné faire beaucoup d'écoute active de même que l'importance de laisser du temps à la personne pour s'exprimer. Le maintien d'un contact régulier avec les personnes à risque par téléphone ou en face à face est également une stratégie utilisée (Watherworth et al., 2015).

Les études de McKinlay et al. (2011) et de Watherworth et al. (2015) sont très pertinentes et apportent des données sur les activités des infirmières auprès des personnes avec une dépression ou un trouble mental léger à modéré. Toutefois, certains éléments diminuent la transférabilité des résultats issus de ces deux études vers des contextes similaires.

Tout d'abord, bien que l'on puisse supposer que les troubles mentaux les plus souvent rencontrés par les participants de l'étude de McKinlay et al. (2011) soient les troubles anxieux et dépressifs, les auteurs ne précisent pas cette information (trouble mental léger à modéré). En plus, le sujet d'intérêt concernait les troubles mentaux uniquement et ne traitait pas des personnes avec MC physiques. Par ailleurs, l'étude a eu lieu suite à l'implantation de projets en santé mentale, mais les projets ne sont pas décrits (objectif principal, contexte des milieux, moyens mis en place), ce qui rend la transférabilité des résultats vers un autre contexte plus difficile.

En ce qui concerne l'étude de Watherworth et al. (2015), celle-ci s'intéresse à la clientèle avec MC physiques et ayant une dépression. La clientèle ciblée par cette étude s'apparente davantage à celle étudiée par l'étudiante dans son projet de maîtrise. Toutefois, les infirmières de cette étude étaient issues de différents milieux (soins à domicile, clinique de médecine de famille, milieux spécialisés). De plus, les auteurs ont visé les personnes âgées qui ont souvent une réalité différente des adultes en plus bas âge et une condition de santé plus complexe. Cependant, les activités suggérées par les deux études sont semblables et ajoutent aux connaissances sur le sujet.

En résumé, les activités suivantes ressortent à l'intérieur des résultats recensés comme des activités réalistes pouvant être entreprises par les infirmières de SPL auprès des personnes avec MC physiques et TMC : le dépistage des clientèles à risque, la surveillance des comportements, l'écoute active, le soutien à la personne à l'aide d'approches thérapeutiques, le soutien à l'autogestion du trouble mental ainsi que l'enseignement des saines habitudes de vie. Les relances téléphoniques feraient également partie du suivi de l'infirmière lors de la surveillance des symptômes et pour apporter du soutien psychologique.

Lorsque ces activités sont comparées aux domaines d'activités générales de l'infirmière en MC physiques telles que décrites par Chouinard et al. (2015), la promotion de la santé (soutien à l'autogestion, enseignement), le soutien à la personne (écoute active, approche thérapeutique) et l'évaluation continue (évaluation et surveillance des comportements, dépistage des clientèles à risque) ressortent également. La planification/coordination ainsi que les soins directs (p. ex. ajustement de médication) n'ont cependant pas été retrouvés dans les deux études précédentes.

Facteurs d'influence

En plus des activités, certains facteurs facilitants et contraignants à la pratique des infirmières auprès des personnes avec un trouble mental sont ressortis des études de McKinlay et al. (2011) et de Watherworth et al. (2015).

Parmi les éléments facilitants, les facteurs suivants ont été répertoriés : la collaboration avec des collègues médecins ayant un intérêt pour la santé mentale; l'accès à

des services spécialisés en santé mentale; la présence d'un bon niveau de compétences en santé mentale de l'infirmière ainsi que le fait de travailler uniquement en gestion des MC.

Le fait de travailler en collaboration avec un médecin qui a un intérêt pour les TMC et qui valorise les compétences des infirmières les aiderait à s'engager dans les soins reliés aux TMC (McKinlay et al., 2011; Watherworth et al., 2015). En conséquence, celles-ci se sentiraient mieux soutenues, car elles peuvent discuter avec un collègue des situations qu'elles rencontrent et également gagner en expertise (Watherworth et al., 2015).

Le fait d'avoir accès à des professionnels spécialisés en santé mentale (p. ex. psychologue, psychiatre) est bénéfique, car les infirmières savent vers qui se référer en cas d'aggravations des symptômes ou simplement pour consulter un autre professionnel (Watherworth et al., 2015). De plus, lorsque le rôle de l'infirmière est concentré majoritairement sur la gestion des MC physiques et non axé sur d'autres activités, celle-ci aurait plus de temps à offrir à la personne et de la considérer dans sa globalité (Watherworth et al., 2015).

En ce qui concerne les barrières, les facteurs suivants ont été identifiés : la perception des autres professionnels de la santé, l'organisation des services, l'intérêt de l'infirmière pour la santé mentale ainsi que ses compétences en santé mentale.

L'utilisation des infirmières généralistes en SPL pour les soins en santé mentale ne ferait pas l'unanimité au sein des autres professionnels. Selon McKinlay et al. (2011), certains ont démontré une ambivalence quant à leur utilisation pour les soins en santé mentale, car celles-ci seraient déjà limitées dans le temps avec leurs responsabilités actuelles.

De plus, dans l'ensemble, les compétences en santé mentale des infirmières généralistes ne seraient pas suffisamment développées pour répondre à cette offre de services (McKinlay et al., 2011). En effet, certaines infirmières ne se sentent pas confortables et pensent qu'elles ne sont pas en mesure de conseiller les personnes pour leur trouble mental (Watherworth et al., 2015). Avoir une discussion concernant l'humeur des personnes n'était pas toujours une pratique courante chez les infirmières (Watherworth et al., 2015). D'ailleurs, en fonction de leurs intérêts et de leurs compétences, certaines sont d'avis que les soins pour les TMC en SPL ne sont pas nécessairement de leur responsabilité (Watherworth et al., 2015).

Finalement, l'absence de lignes directrices concernant l'implication des infirmières généralistes de SPL pour le traitement des TMC peut contribuer à cette incertitude face à leur rôle et responsabilités à l'égard de la santé mentale (McKinlay et al., 2011). Celles-ci peuvent avoir de la difficulté à concevoir leur place au sein de l'équipe interdisciplinaire.

Compétences cliniques de l'infirmière auprès des personnes avec MC physiques et TMC

Peu d'études ont porté sur les compétences cliniques des infirmières requises pour suivre des clientèles avec MC physiques et TMC en première ligne. Une des habiletés ayant été rapportée dans l'étude de Watherwoth et al. (2015) est la sensibilité des infirmières à reconnaître les changements de comportements qui indiquent qu'une personne pourrait présenter un TMC. Par conséquent, elle doit être attentive et oser questionner la personne sur son humeur. Par ailleurs, étant donné que le développement de la relation thérapeutique

prend une place importante dans le suivi de cette clientèle (Watherworth et al., 2015), les infirmières de SPL doivent détenir des compétences humaines et relationnelles. L'ouverture d'esprit, la capacité de s'adapter à la personne et d'accueillir ses croyances ainsi que l'empathie sont des exemples d'habiletés et d'attitudes à adopter afin d'établir une relation thérapeutique efficace avec la personne (Cormier, 2016). De plus, la connaissance des ressources disponibles en santé mentale, pour bien recommander la personne ou simplement pour s'y référer, est une connaissance importante à détenir par les infirmières (Watherworth et al., 2015).

Pratique infirmière en santé mentale au Québec

Un comité d'expert mandaté par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a émis un rapport sur la pratique des infirmières de santé mentale au Québec (OIIQ, 2009). Ce rapport visait, entre autres, à identifier les compétences requises et le rôle des infirmières en santé mentale en fonction de leur formation reçue. Selon ce rapport, les infirmières de SPL au Québec (communauté, soins à domicile, GMF, cliniques-réseau) interviennent généralement auprès des personnes ayant un trouble dépressif, d'anxiété, de personnalité modéré ou psychotique stable.

Les infirmières cliniciennes qui travaillent en SPL et qui détiennent un baccalauréat en sciences infirmières devraient être en mesure : d'assurer le suivi de l'état de santé selon la condition de la personne; de surveiller les problèmes concomitants et l'adhérence au traitement; de porter une attention à l'environnement de la personne ainsi qu'à son réseau de soutien; d'orienter la personne vers les bonnes ressources au besoin et de planifier les

interventions thérapeutiques requises. Les interventions de l'infirmière en SPL devraient viser le rétablissement ainsi que la promotion de la santé (prévention, autogestion de la maladie).

De plus, les experts du rapport précisent que la formation académique en santé mentale des infirmières cliniciennes devrait comprendre les éléments de formation suivants : évaluation de la condition physique et mentale; connaissance du DSM; psychopathologie des TMC; approche thérapeutique auprès de la personne et sa famille selon les données probantes; psychopharmacologie; relation thérapeutique; stratégie de collaboration et interdisciplinarité; intervention en situation de crise; politique et organisation des soins et services en santé mentale; principes de réadaptation et de rétablissement; aspects juridiques et déontologiques (OIIQ, 2009).

Par conséquent, l'infirmière de SPL devrait être en mesure d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne avec un TMC en continu afin de surveiller l'efficacité des traitements et des soins en cours. En collaboration avec les autres professionnels, elle devrait favoriser l'adhésion aux traitements par l'entremise de son enseignement et à l'aide d'interventions thérapeutiques sélectionnées en fonction du TMC et des problématiques de la personne. Finalement, elle devrait aussi assurer la continuité des soins et services en facilitant la communication entre les diverses parties impliquées dans le processus de soins de la personne et être en mesure de répondre à ses préoccupations (OIIQ, 2009).

Compétences cliniques des infirmières en santé mentale

Dans son rapport sur la pratique de l'infirmière en santé mentale, l'OIIQ (2009) présente une description des compétences attendues des infirmières en fonction de son niveau de formation. Toutefois, les auteurs du rapport n'ont pas précisé comment ils définissaient le terme compétence. Ainsi, la nature des compétences décrites dans ce rapport semble faire référence aux habiletés nécessaires pour entreprendre les activités qui sont au cœur de la pratique des infirmières en santé mentale. Les compétences ont été regroupées dans les domaines suivants : relation thérapeutique; évaluation de la condition de santé physique et mentale; surveillance clinique et les mesures de contention et d'isolement; suivi infirmier; continuité et qualité des soins; soutien et développement de la pratique. Les compétences cliniques jugées essentielles suite aux principales activités ressorties dans cette recension des écrits ont été sélectionnées par l'étudiante à partir du rapport de l'OIIQ (2009) (voir Tableau 1).

Tableau 1

Compétences cliniques des infirmières en santé mentale attendues par l'OIIQ (2009)

Domaine	Compétences
Relation thérapeutique	Appliquer les principes de la communication interpersonnelle efficace Appliquer les principes de la relation thérapeutique Adopter une approche de pratique réflexive
Évaluation de la condition physique et mentale d'une personne	Créer un climat de confiance et de collaboration avec la personne-famille Collecter et analyser les données objectives et subjectives Décider de la pertinence d'utiliser un outil de mesure pour compléter l'évaluation de la situation de santé et l'utiliser de façon appropriée

Domaine	Compétences
	<p>Définir les besoins d'apprentissage en matière de santé tels que les connaissances de la maladie et les signes de rechute</p> <p>Analyse les données recueillies</p> <p>Établir les liens entre les données objectives, subjectives, les comportements de la personne, les symptômes et les critères diagnostiques des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale selon une classification reconnue</p> <p>Distinguer les symptômes liés à un problème de santé physique pouvant interférer avec le trouble mental</p> <p>Porter un jugement clinique</p> <p>Analyser et interpréter l'ensemble des données recueillies</p> <p>Présenter un profil de la situation clinique, formuler et justifier les constats de son évaluation</p> <p>Déterminer et assurer le suivi du processus d'évaluation</p> <p>Établir les priorités de soins</p>
Surveillance clinique	<p>Évaluer de façon continue les signes d'amélioration et de détérioration de la situation de santé de la personne</p> <p>Évaluer et prévoir les risques pour la sécurité de la personne, des proches et des intervenants (pharmacovigilance, facteurs de risque)</p> <p>Mettre en place des modalités de gestion de situation à risque ou de situations de crise, en établissement ou dans la collectivité.</p>
Suivi infirmier	<p>Effectuer le suivi dans le cadre d'une approche thérapeutique appropriée</p> <p>Effectuer le suivi pharmacologique dans le cadre de son intervention thérapeutique auprès de la personne, de sa famille et de ses proches</p> <p>Exercer un rôle d'éducation et de guide en matière de santé</p> <p>Effectuer le suivi des personnes ayant des problèmes de santé complexes, et présentant de la comorbidité en raison de problèmes de santé physique et de problématiques multiples</p>
Continuité et qualité des soins	<p>Coordonner les soins</p> <p>Exercer un <i>leadership</i> professionnel dans ses relations de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire</p> <p>Donner des soins selon les normes de pratique</p>

(OIIQ, 2009, p.41-68)

Pratique des infirmières de GMF

Les infirmières qui œuvrent au sein d'un GMF réalisent une vaste étendue d'activités professionnelles. De façon globale, celles-ci peuvent assurer, en collaboration avec le médecin traitant, la prise en charge des personnes avec MC physique (diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques, hypertension artérielle, cholestérol, troubles mentaux, insuffisance cardiaque, obésité). Elles peuvent également assurer des suivis pour des problèmes de santé aigus ou encore pour des grossesses (Ministère de la santé et services sociaux, 2009).

Le suivi conjoint des personnes avec MC physiques entre le médecin et l'infirmière a été établi comme une des fonctions pouvant être exercée par l'infirmière lors de l'implantation des GMF (OIIQ/FMOQ, 2005). Ce suivi impliquerait, entre autres, le dépistage des clientèles à risque, l'évaluation de la condition de santé physique et mentale d'une personne ainsi que des activités de promotion de la santé (OIIQ/FMOQ, 2005). Finalement, elles sont également responsables de faire la liaison entre les professionnels et les ressources de première et de deuxième lignes (Émond et al., 2003).

À ce jour, les professionnels de la santé qui travaillent dans un GMF sont principalement des infirmières et des médecins. Le nombre d'infirmières qui y travaillent varie d'une clinique à l'autre. Il est évalué en fonction du nombre de personnes inscrites et de la lourdeur de la prise en charge de la clientèle par le GMF (Émond et al., 2003). La structure fonctionnelle d'un GMF varie également d'une clinique à l'autre. L'organisation des cliniques est influencée par la situation géographique, la concentration de la population,

les différents problèmes de santé rencontrés dans le milieu et les problématiques sociales (Émond et al., 2003).

La clientèle desservie par les GMF est constituée de personnes de tous les âges ayant des problèmes de santé aigus ou chroniques. Les services offerts correspondent à ceux pouvant être prodigués en médecine de famille tels que l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic ainsi que le suivi approprié en fonction du problème de santé. D'autres services peuvent être offerts : SPL en santé mentale, soins prénataux et postnataux ainsi que des soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie (Émond et al., 2003).

Questions de recherche

À la lumière de cette recension des écrits, la prévalence des troubles anxieux et de la dépression en SPL apparaît être un enjeu de santé considérable pour lequel il est important d'instaurer des services de proximité afin de répondre rapidement et adéquatement aux besoins des personnes qui en sont atteintes. La relation qui a été établie entre les MC physiques et les TMC est d'autant plus préoccupante. Il a été démontré que la collaboration interprofessionnelle pouvait améliorer la santé physique et mentale des personnes avec MC physiques. Par ailleurs, plusieurs sont d'avis que les infirmières en SPL ont un rôle prépondérant à jouer à l'égard de la santé mentale des personnes avec MC physiques. De plus, l'OIIQ s'attend également à ce qu'une infirmière de SPL ait des habiletés spécifiques pour intervenir auprès des personnes avec un TMC ou une problématique courante de santé mentale. Toutefois, bien que certaines évidences sur les activités devant être entreprises par les infirmières de SPL aient ressorties dans les écrits recensés, aucune étude n'a décrit en

profondeur la pratique actuelle des infirmières de GMF à l'égard de cette clientèle au Québec.

En vue de combler cette absence de données probantes, ce mémoire visait à répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont, à l'heure actuelle, les activités effectuées par les infirmières de GMF à l'égard des personnes présentant à la fois des MC physiques et des TMC?
- Quelles sont les compétences infirmières à détenir pour répondre aux besoins des personnes présentant à la fois des MC physiques et des TMC selon les infirmières de GMF?

Quels sont les facteurs qui influencent les activités de l'infirmière de GMF réalisées auprès des personnes présentant à la fois des MC physiques et des TMC?

CHAPITRE 3
MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre vise à décrire le déroulement de l'étude. Les sections suivantes y sont présentées : type de devis de recherche; définitions conceptuelles des termes clés; milieu de l'étude; population cible et échantillon; collecte des données; analyse des données ainsi que les considérations éthiques. De plus, étant donné que le projet de maîtrise de l'étudiante a été réalisé en ajout à autre projet de recherche, ce dernier est abordé en début de chapitre pour faciliter la compréhension de chacune des étapes qui sont décrites.

Le projet de l'étudiante découle d'un projet du Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) de l'Université de Sherbrooke (Roberge, Hudon et coll.; financement Réseau-1 Québec). Ce projet visait à étudier la perception des cliniciens (incluant des infirmières, des médecins de famille et d'autres professionnels de la santé), des gestionnaires de cliniques et des patients quant à la prestation des soins pour les TMC chez les personnes ayant des MC physiques en UMF-GMF. Afin d'explorer davantage un sous-échantillon de professionnels (infirmières de GMF) prévu dans l'étude de Roberge et al. (2015), l'étudiante et l'équipe de recherche ont décidé d'élaborer une nouvelle étude.

Devis de recherche

Un devis qualitatif descriptif a été utilisé. L'emploi d'un dispositif qualitatif permet d'explorer en profondeur un phénomène, d'obtenir une compréhension détaillée et complexe du problème établi en s'adressant aux personnes concernées, soit les infirmières de GMF (Creswell, 2007).

En ce qui concerne l'approche qualitative descriptive, celle-ci est suffisamment souple pour obtenir une réponse claire et sans trop de détails accessoires à une question qui

relève spécialement des cliniciens (Sandelowski, 2000). Cette approche offre la possibilité d'explorer et de décrire un phénomène encore peu étudié à ce jour (ici, la pratique des infirmières de GMF à l'égard de la santé mentale) en regard d'une population définie (ici, les personnes avec MC physiques et TMC) (Grove, Burns, & Gray, 2013). De plus, son utilisation permet la découverte de nouveaux faits qui donneront vie à de futurs projets de recherche (Grove et al., 2013).

Définitions conceptuelles

Groupe de médecine de famille

Un groupe de médecine de famille peut être brièvement défini comme suit : « Organisation fonctionnelle composée de médecins de famille travaillant en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières. Les membres du GMF travaillent également avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux [...] » (Émond et al., 2003, p. 21). Les GMF sont présents dans l'ensemble du territoire québécois. Leurs principaux objectifs sont :

- 1) d'assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits;
- 2) de permettre à moyen terme à plus de gens de bénéficier des services d'un médecin de famille;
- 3) d'améliorer la prestation et la qualité de soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne;

- 4) de développer une plus grande complémentarité des services avec les centres de santé et de services sociaux (Émond et al., 2003, p. 22).

Unité de médecine familiale

Un GMF peut aussi être une unité de médecine familiale (UMF). L'UMF est prioritairement destinée à la formation des résidents en médecine de famille dans un contexte de SPL et au domaine de la recherche dans cette spécialité. Elle contribue également à la formation des autres disciplines de la santé. Chaque UMF doit répondre à la mission d'enseignement, de clinique et de recherche (Direction du programme de médecine famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2015).

Activité

Les activités entreprises par les infirmières font référence aux actions qu'elles mettent en œuvre au quotidien dans le cadre de leur pratique professionnelle (Oelke et al., 2008). Ces activités peuvent être classées à l'intérieur de domaines en vue de décrire globalement le rôle des infirmières dans un contexte de pratique spécifique (Poitras et al., 2016).

Compétences cliniques des infirmières

La définition retenue pour cette étude est celle ayant été adoptée par l'OIIQ dans l'élaboration de la Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Ainsi, le terme compétence fait référence aux connaissances, aux habiletés et aux attitudes mises de l'avant

par l'infirmière dans l'exercice de sa profession (Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, & Bellavance, 2009).

Milieus de l'étude

Initialement, les milieux à l'étude étaient ceux ayant été ciblés pour l'étude de Roberge et al. (2015) : l'UMF-GMF du Centre hospitalier St-Mary à Montréal, l'UMF-GMF des Deux-Rives à Sherbrooke et l'UMF-GMF de Chicoutimi. Suite à une première vague de recrutement, six infirmières ont été recrutées et interviewées par une professionnelle de recherche. L'étudiante et l'équipe de recherche ont alors noté l'importance d'augmenter non seulement le nombre d'infirmières, mais également le nombre de GMF, ceci en raison de la variabilité des activités infirmières d'un GMF à un autre. Ainsi, le recrutement s'est poursuivi dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean au sein de sept autres GMF issus du CSSS de Chicoutimi (autres que celui déjà participant), du CSSS de Jonquière, du CSSS Cléophas-Claveau à La Baie et du CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean Est, qui sont maintenant regroupés à l'intérieur du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Population cible et échantillon

Les infirmières des GMF de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean ainsi que les infirmières de l'UMF-GMF de St-Mary à Montréal et de l'UMF-GMF des Deux-Rives à Sherbrooke représentent la population cible pour le projet de l'étudiante. Le choix des GMF sélectionnés pour la deuxième phase de recrutement a été effectué pour des raisons de

faisabilité en terme de coûts et de temps pour l'étudiante. Le nombre d'infirmières dans les neuf GMF ciblés était de 32.

La taille d'échantillon est difficile à statuer dans un devis qualitatif, car elle s'adapte en fonction des données recueillies et de la complexité du phénomène à l'étude (Sandelowski, 1995). Cependant, afin de trouver un juste équilibre entre la faisabilité et un niveau acceptable de saturation des données, un échantillon d'au moins 12 à 15 infirmières avait été établi (Grove, Burns &, Gray, 2013). Sous toute réserve, l'équipe de recherche croyait pouvoir atteindre une saturation des données pour certains thèmes et répondre adéquatement au but de l'étude avec ce nombre d'infirmières (Sandelowski, 1995). De plus, compte tenu de la difficulté à recruter les infirmières en GMF, ce nombre semblait réaliste à atteindre.

Recrutement

Une technique d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné (Sandelowski, 1995) selon une stratégie d'échantillonnage homogène (Patton, 2015) a été utilisée. Celle-ci a permis de recruter des participants susceptibles d'enrichir la collecte des données en lien avec le but de l'étude, soit les infirmières de GMF. De plus, en raison de la variabilité des pratiques au sein des GMF, il semblait important de recruter à l'intérieur de plusieurs GMF.

Les infirmières recrutées devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) assurer le suivi médical de patients présentant des MC physiques et ; 2) avoir au moins 12 mois d'expérience clinique. Les infirmières praticiennes spécialisées en SPL ont été exclues pour ce projet, car leur champ de pratique diffère des infirmières cliniciennes.

Généralement, les infirmières qui pratiquent en GMF ont reçu une formation de premier cycle universitaire en sciences infirmières, mais ceci n'était pas un critère de sélection.

La stratégie de recrutement des participantes a été réalisée en deux phases. La première phase a été réalisée par l'équipe du projet de Roberge et al. (2015) et a été adaptée pour chaque milieu en collaboration avec un gestionnaire de la clinique et suite à la consultation des comités d'orientation locaux. En premier lieu, un feuillet d'information présentant le projet et décrivant la participation attendue des cliniciens a été distribué dans les trois cliniques. Ensuite, un membre de l'équipe de recherche du projet de Roberge et al. (2015) a pris part à une réunion administrative afin de lancer une invitation formelle aux cliniciens. Six infirmières ont répondu à cette première invitation.

La deuxième phase de recrutement s'est déroulée dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean afin d'atteindre la taille d'échantillon préalablement fixée et d'augmenter le nombre de GMF participants. Dans un premier temps, l'étudiante a contacté par téléphone les gestionnaires des GMF du CSSS de Chicoutimi, LaBaie, Jonquière ainsi qu'Alma afin de leur parler du projet de recherche et d'avoir leur approbation pour recruter des infirmières dans leur milieu. Trois des quatre gestionnaires ont donné leur approbation. Les gestionnaires intéressés ont reçu par courriel un document contenant la description détaillée du projet de recherche. Dans un deuxième temps, les médecins responsables de chaque GMF pour lesquels les gestionnaires avaient donné leur approbation ont également été contactés. Dans un troisième temps, les infirmières des GMF dont les médecins avaient donné leur approbation (n=4) ont pu être sollicitées par l'étudiante. Finalement, un document contenant la description détaillée du projet a été envoyé aux infirmières

intéressées à prendre part à l'étude. Cette deuxième phase de recrutement a permis de recruter sept infirmières supplémentaires.

Collecte de données

Des entrevues individuelles semi-structurées d'une durée approximative de 45 à 60 minutes ont été effectuées en deux phases distinctes entre juin 2014 et août 2015. Dans un premier temps, une professionnelle de recherche expérimentée a réalisé les six premières entrevues. Les infirmières intéressées à prendre part au projet ont été contactées par courriel par la professionnelle de recherche afin de fixer la date et l'heure de l'entrevue. Les entrevues ont été réalisées selon convenance des infirmières, c'est-à-dire par téléphone (n=3) ou en face à face dans un local de leur milieu de pratique (n=3).

Dans un deuxième temps, l'étudiante a effectué les entrevues supplémentaires après avoir écouté avec rigueur chacune des entrevues ayant déjà été réalisées. Les infirmières ayant accepté de participer au projet ont été contactées par courriel ou par téléphone afin de fixer la date et l'heure de l'entrevue. Les entrevues ont toutes été réalisées en face à face dans un local de leur milieu de pratique. Lors des entrevues individuelles, les participantes ont toutes signé deux copies du formulaire de consentement (Appendice A), préalablement signées par la chercheuse principale (P. Roberge). Les participantes ont conservé une des deux copies et l'autre a été acheminée à la chercheuse principale.

Outils de collecte de données

Entrevues initiales. Le guide d'entrevue utilisé avait été préalablement conçu pour tous les cliniciens par l'équipe de Roberge et al. (2015). Ce dernier était basé sur l'étude de Coventry et al. (2011) et sur le modèle de soins en étapes pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs selon NICE (2011). Avant de débiter les entrevues auprès des infirmières, ce dernier a été modifié par l'étudiante et l'équipe de recherche afin d'adapter les questions à la pratique infirmière et aux objectifs du projet de maîtrise de l'étudiante. Le guide d'entrevue adapté pour la pratique infirmière (Appendice B) a été construit en lien avec la littérature existante sur les activités pouvant être réalisées par les infirmières de SPL auprès de la clientèle. Des ajustements au guide d'entrevue ont également été apportés tout au long de l'étude en fonction des concepts ressortis lors des entrevues (Paille, 1991). Plus précisément, les sujets examinés étaient entre autres : la détection, le dépistage et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs par les infirmières en GMF; les activités réalisées (p. ex. éducation, soutien à l'autogestion); la collaboration interprofessionnelle; la perception des infirmières à l'égard de leur pratique auprès de cette clientèle et de leurs compétences cliniques. Un journal de bord a également été tenu par l'étudiante afin d'enrichir le contenu des analyses (Holloway & Wheeler, 2010). De plus, un questionnaire (Appendice C) incluant des questions sociodémographiques et des questions à choix multiples générales sur l'expérience clinique des infirmières a été administré aux participantes après les entrevues.

Entrevues de validation. Des entrevues de validation ont été effectuées par l'étudiante auprès des infirmières intéressées des deux phases de recrutement ($n = 7$) afin de valider les résultats préliminaires et d'approfondir certains concepts. Selon la préférence des infirmières, les entrevues ont eu lieu par téléphone ou lors d'un entretien face à face au lieu de travail de l'infirmière. Celles-ci étaient d'une durée approximative de 15 à 30 minutes et ont été enregistrées avec l'approbation des infirmières. La validation des données auprès des participantes n'est pas obligatoire en recherche qualitative et plusieurs perspectives existent sur le sujet quant à la définition du concept de validation et des moyens à entreprendre pour l'effectuer (Creswell, 2007). Cependant, une des perspectives dominantes est qu'en effectuant la validation des données auprès des participantes, cela permet de s'assurer que les résultats soient le plus fidèle possible à leur réalité et donne également l'opportunité aux participants de s'exprimer sur l'interprétation des chercheurs (Lincoln & Guba, 1985).

Analyse des données

Les entrevues ont été enregistrées et transcrites intégralement. Les notes du journal de bord ont été intégrées dans le processus d'analyse par le biais d'annotations sur les transcriptions des entrevues correspondantes. Dans les cas où l'étudiante n'a pas pu assister aux entrevues (collecte des données de la première phase), les enregistrements ont été écoutés par celle-ci afin de construire un journal de bord reflétant bien le contexte des entrevues originales (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Les données ont été analysées à partir d'une stratégie de codification mixte. Ainsi, les transcriptions ont été codifiées selon

les principales thématiques soulevées dans le guide d'entrevue ainsi que sur les nouveaux thèmes émergents des entrevues (Miles, Huberman, & Saldana, 2014). L'analyse des données a été réalisée avec l'aide du logiciel NVivo (version 10).

Selon Miles et al. (2014), l'analyse des données doit se faire en trois étapes co-occurentes :

1) la condensation des données, 2) la présentation des données, et 3) l'élaboration et la vérification des données. La condensation des données débute par une lecture rigoureuse et par l'écoute attentive des entrevues. L'investigateur doit d'abord repérer les extraits significatifs et dégager les thèmes jugés pertinents. S'ensuit la construction progressive d'un arbre thématique en regroupant des thèmes sous des thèmes plus généraux.

Le modèle suggéré par Poitras et al. (2016) sur la schématisation de la profession infirmière a orienté le choix des thèmes pour la construction de l'arbre thématique (figure 1). Selon ce modèle, l'analyse d'une pratique professionnelle consiste à étudier le rôle, les connaissances, les comportements, les habiletés de même que les activités réalisées par un groupe de professionnels. La description du contexte est également un aspect important à considérer lors de l'analyse d'une pratique professionnelle (Poitras et al., 2016).

Ainsi, considérant qu'un domaine représente l'étendue d'une composante d'un rôle professionnel et que chaque domaine est constitué d'activités, les activités ont d'abord été répertoriées dans les entrevues et ensuite regroupées en domaine d'activités. De plus, afin d'être conforme au modèle de Poitras et al. (2016), tous les éléments se rapportant aux compétences (habiletés, connaissances, comportements) ainsi qu'au contexte ont également été répertoriés et codifiés dans chacun des thèmes correspondants.

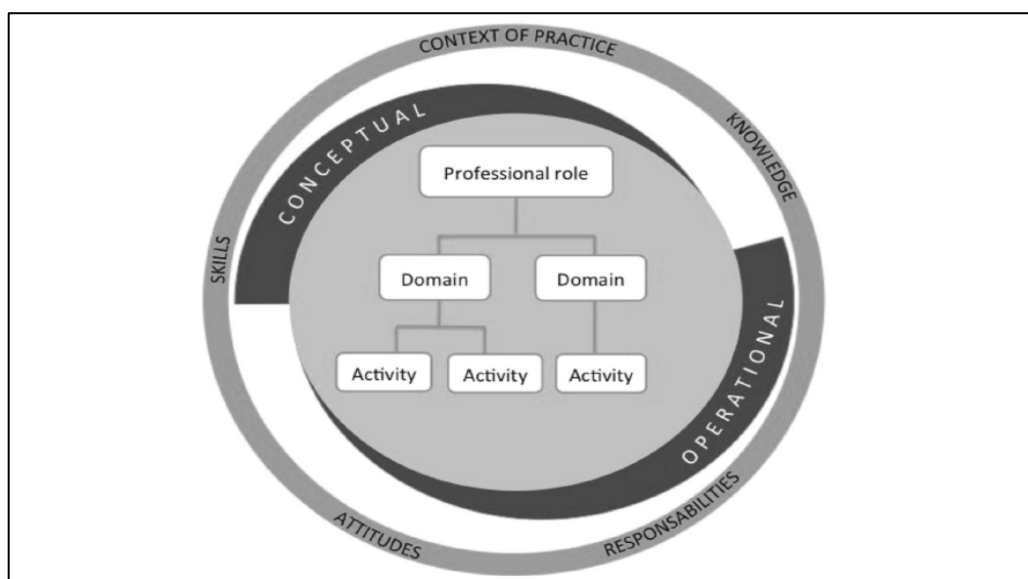


Figure 1. Schématisation pour la description de la pratique infirmière (Poitras et al., 2016).¹

En ce qui concerne la présentation des données, cette étape permet d'avoir une compréhension plus approfondie des données et du phénomène à l'étude en mettant en évidence les relations entre les thèmes. L'étudiante a assuré cette étape en construisant des schémas synthèses sur les données émergentes; ces derniers ont été modifiés tout au long du processus d'analyse et ont évolué en fonction des discussions de groupe, des réflexions et des apprentissages réalisés par l'étudiante.

Finalement, l'élaboration et la vérification des données est une étape réalisée tout au long du processus d'analyse qui permet de vérifier les conclusions issues des étapes précédentes. Chaque entrevue a été analysée par l'étudiante et la directrice principale (MCC). La première entrevue a été analysée en groupe (AG, MCC, MEP), puis quatre

¹ Le journal BMC nursing accepte la reproduction des figures sans permission formelle à condition que celles-ci soient citées correctement.

rencontres ont eu lieu entre mars et août 2015 avec l'ensemble du comité d'encadrement de l'étudiante (MCC, CH, MEP, PR). Ces rencontres ont permis de vérifier les données en discutant des thèmes émergents, de leur organisation ainsi que de leur contenu.

Critères de rigueur

La crédibilité et la fiabilité de l'étude ont, entre autres, été assurées par les éléments suivants : la triangulation des chercheurs (infirmières/MCC/MEP/AG, médecin/CH, psychologue/PR); les notes du journal de bord; le processus de codification exhaustif; et la validation des données par les participantes. La triangulation des chercheurs a permis d'augmenter les critères de rigueur de l'étude et de diminuer les biais d'interprétation liés à un seul et unique chercheur (Streubert & Carpenter, 2011). En ce qui concerne la transférabilité, celle-ci a été assurée par la description détaillée de l'échantillon à l'aide du questionnaire qui incluait des questions sociodémographiques et sur l'expérience des infirmières. De plus, les contextes variés (7 GMF) et la description de chacun d'eux permettent d'assurer une certaine transférabilité à des contextes similaires. Finalement, la confirmabilité qui fait référence au caractère de neutralité de l'étude (Miles et al., 2014) est assurée par la description claire et détaillée de chacune des étapes de l'étude. Tous les éléments pertinents du projet de Roberge et al. (2015) ont également été expliqués afin de faciliter la compréhension du lecteur quant au déroulement de l'étude dans son ensemble.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche du projet démarreur a été soumis aux comités d'éthique des centres hospitaliers des GMF-UMF concernés par le projet de recherche (Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, Centre Hospitalier de St-Mary). Afin de poursuivre le recrutement dans d'autres GMF que ceux initialement prévus par l'équipe de la Professeure Roberge, le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi a convenu que l'étudiante pouvait réaliser un amendement au protocole existant. De plus, une demande de modification du projet de la Professeure Roberge a été demandée aux différents comités d'éthique pour modifier le formulaire de consentement. Puisque la directrice principale de l'étudiante est la Pre Maud-Christine Chouinard de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), le formulaire de consentement a été modifié pour ajouter cette dernière comme collaboratrice au projet. Ses coordonnées de même que celles de l'étudiante ont été ajoutées à la rubrique « Identification des personnes-ressources » (Voir Appendice D).

Les participantes qui ont pris part à ce projet d'étude l'ont fait sur une base volontaire. Elles ont été clairement informées de la nature de la participation attendue ainsi que des objectifs de l'étude. Elles ont signé le formulaire de consentement en s'assurant que les données recueillies demeureront confidentielles et anonymes.

Les formulaires d'information, les enregistrements des entrevues effectuées, les transcriptions des entrevues et les analyses ont été transmis au Pre Pasquale Roberge par fichier sécurisé avec un mot de passe et sont conservés sous clé de la même façon que les autres données du projet démarreur. Les formulaires de consentement ont été envoyés par courrier recommandé au Pre Pasquale Roberge. Une copie des enregistrements et des

transcriptions des entrevues et des analyses est conservée sous clé dans un classeur du local de recherche en sciences infirmières de l'Université du Québec à Chicoutimi sous la responsabilité de la Pre Maud-Christine Chouinard pour une durée de 5 ans.

Pour les données qui sont conservées à l'UQAC, seules la Pre Maud-Christine Chouinard et l'étudiante ont accès à la clé du code permettant de lier les participantes à leurs données de même qu'au classeur contenant les données nominatives. Pre Catherine Hudon et madame Marie-Ève Poitras, à titre de codirectrices, ont eu accès aux données dénominalisées. Ces mêmes documents seront détruits cinq ans après la fin du projet de recherche. Chaque membre de l'équipe a préalablement signé une entente de confidentialité et s'est engagé à ne mentionner aucun nom des participantes lors des discussions. Une attention particulière a été portée au nom, prénom ou autre détail qui aurait pu permettre d'identifier un participant dans la transcription des enregistrements. Tout prénom ou nom d'un participant a été retiré du verbatim et retranscrit de façon à assurer l'anonymat.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Le chapitre 4 est divisé en deux sections. La première section correspond au manuscrit qui a été soumis à la revue *Journal of Clinical Nursing* et les résultats qui y sont décrits répondent à la première question de ce projet de maîtrise : 1) Quelles sont les activités infirmières réalisées auprès des personnes avec une ou plusieurs MC physiques et un TMC? La deuxième section de ce chapitre correspond à la description des résultats qui répondent aux deux autres questions de recherche : 2) Quelles sont les compétences cliniques des infirmières essentielles à détenir pour réaliser les activités infirmières selon les participantes? 3) Quels sont les facteurs qui influencent la mise en application des activités infirmières auprès de cette clientèle ?

Section 1

Title: Primary care nursing practice with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: A qualitative descriptive study.

Running head: Primary care nursing practice and common mental disorders

Ariane Girard, RN, MSc (c)
 Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi
 555, boulevard de l'Université
 Chicoutimi (Québec), Canada G7H 2B1
 Telephone: 418-545-5011
 Fax: 418 545-5012
 Ariane.girard1@uqac.ca

Catherine Hudon, MD, PhD¹
 Catherine.Hudon@usherbrooke.ca

Marie-Eve Poitras, RN, PhD (c)¹
 Marie-Eve.Poitras@usherbrooke.ca

Pasquale Roberge, PhD¹
 Pasquale.Roberge@usherbrooke.ca¹

Maud-Christine Chouinard, RN, PhD²
 Maud-Christine_Chouinard@uqac.ca

¹ Faculté de médecine et de sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

² Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi, Québec, Canada

Acknowledgment of financial support:

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean
 Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de la science du Québec
 (MESRS)

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

Conflict of interest: none

Abstract

Patients affected by physical chronic disease (CD) and common mental disorders (CMD) such as anxiety and depression in primary care require care and follow-up based on their physical and mental health condition. Primary care nurses are increasingly solicited to contribute to the care and follow-up of this growing clientele. However, little is known about the actual activities carried out by primary care nurses in the care for this clientele.

Objective: To describe nursing activities in primary care with patients affected by physical CD and CMD. **Methods:** A qualitative descriptive study was conducted. Data were obtained through semi-structured individual interviews with 13 nurses practicing among patients with physical CD in seven Family Medicine Groups (FMG) in Quebec (Canada).

Results: Participants described five domains of activity: assessment of physical and mental health condition, care planning, interprofessional collaboration, therapeutic relationship and health promotion. **Conclusion:** The full potential of primary care nurses is not always exploited and some activities can be improved. Evidence of collaborative care for patients affected by physical CD and CMD that includes nurses has been demonstrated but is not fully implemented in FMG. Future research should emphasize collaboration among mental health professional, primary care nurses and family physician in the care of patients with physical CD and CMD.

Keywords: Common mental disorders, Physical Chronic Disease, Practice nurse, Primary care, Activities.

Introduction

Common mental disorders (CMD) such as anxiety and depression are two to three times higher among people with physical chronic disease (CD) in the general population (Scott et al., 2007). This relation between CMD and physical CD is linked to a higher utilization of health care services, severe impairment, and decreased quality of life (Kroenke, Spitzer, Williams, Monohan, & Löwe, 2007; Sareen, Cox, Clara, & Asmundson, 2005; Teesson et al., 2011). The co-occurrence of these disorders requires that primary health care professionals address both physical and mental health conditions (Barnett et al., 2012).

Owing to their skills in assessing physical, mental, and psychosocial conditions, primary care nurses are in an appropriate position to influence and bring innovative change to the care of people with physical CD and CMD (Currid, Turner, Bellefontaine, & Spada, 2012; Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons, & Gott, 2015). With appropriate resources and training, primary care nurses could provide for this clientele: screening of CMD with the help of standardized tools; psychosocial support; and health promotion activities (ex: stress management training, support in changing lifestyle habits) (McKinlay et al., 2011). They could also provide telephone support for clients presenting depressive and anxiety symptoms (McKinlay et al., 2011).

Furthermore, a valid collaboration model for the treatment of depression for people with physical CD has demonstrated that primary care nurses can be involved in the care of this clientele (Katon et al., 2010). In fact, when primary care nurses are well supported by a mental health specialist (psychologist or psychiatrist), work in collaboration with the family

physician and deliver self-management support for physical CD and CMD, both diseases can be improved (Katon et al., 2010). Collaborative care for the treatment of depression and anxiety has proven to be effective in primary care (Archer et al., 2012). Improvement of symptoms of depression and anxiety, increases in quality of life as well as patient satisfaction have been shown (Archer et al., 2012; Coventry et al., 2014; Watzke et al., 2014). This type of care involves the presence of a family physician, a mental health specialist (e.g. psychiatrist) and a care manager (Archer et al., 2012). Having a primary care nurse as care manager for the treatment of depression for patients with physical CD could improve depressive symptoms and increase patient satisfaction with the care they receive (Ekers et al., 2013). The care manager ensures: regular contact with the person; coordinates care with the family physician or mental health specialist; monitors the evolution of the health condition of the patient and adherence to treatment; initiates actions when the treatment is not effective; and offers psychosocial assistance (Katon, Von Korff, Lin, & Simon, 2001; Von Korff & Goldberg, 2001; Von Korff & Tiemens, 2000).

To date, studies that have focused on nursing practice among this clientele have not provided an in-depth description of the activities actually carried out by primary care nurses in their daily practice. Thus it is difficult to optimize and develop practices in the absence of this knowledge. In addition, despite knowledge on the effectiveness of collaborative practices and the use of a nurse as care manager for this clientele, few studies have shown if primary care nurses actually carry out these activities in their day-to-day practice. The purpose of this study was to describe activities of primary care nurses practicing with patients affected by physical CD and CMD in a primary care setting.

Methods

Design

A qualitative descriptive study was carried out following the approach developed by Sandelowski (1995, 2000, 2010). This study builds on a research project by Roberge, et al. (2015) that aimed « to explore the perceived needs, barriers and facilitators for the delivery of mental health care for patients with coexisting CMD and physical CD in primary care from the clinician and patient perspectives » through interviews with primary care nurses, family physicians, and other health care providers. In order to further explore nursing practice in regard to this population, we expanded on the Roberge et al. (2015) study by recruiting a larger sample of nurses from a diverse range of clinics in primary care.

Setting

The study was conducted in Family Medicine Groups (FMG). Set up in the early 2000s, there are up to 250 FMG in the Province of Quebec, Canada (Leclerc, 2015). A FMG is a group of family physicians that work in collaboration with primary care nurses and other health professionals to offer family medicine services. Part of their mission is to improve access to care and services, especially in promoting the support of people with CD by primary care nurses and family physicians (Émond et al., 2003). Primary care nurses in FMG are increasingly involved in the care and follow-up of persons with CD and CMD.

Sample and recruitment

A purposeful sampling was undertaken (Sandelowski, 1995). A minimum sample of 12 nurses was set to reach a reasonable balance between feasibility and an acceptable level of data saturation (Grove, Burns, & Gray, 2013). Nurses were recruited according to two criteria: 1) care for persons with CD and 2) at least one year of clinical experience.

The recruitment was carried out in two phases. In the first phase, Roberge et al. (2015) started the recruitment in three FMG in three regions of Quebec with patients and health care providers. A meeting with local stakeholders of these three FMG took place and an information pamphlet was distributed to FMG health care providers and patients. After this first recruitment phase, six nurses accepted to participate to the study. Therefore, team members decided to pursue the recruitment not only to increase the number of nurses but also the number of FMG because of the variability in nurses' activities between FMG.

The second recruitment phase took place in six other FMG. After obtaining the required approvals, the nurses were reached by telephone and the information on the project was sent by email to those who were interested in participating. Seven additional nurses were recruited in four of the six other FMG. The ethical approvals were done in two stages; one was done for the first recruitment phase and the other one was done to pursue the recruitment in the other FMG that were not initially plan in the study of Roberge et al. (2015).

Data collection

Data were collected through semi-structured individual interviews and a socio-demographic questionnaire that included occupational questions. The interview guide was

based on the study of Coventry et al. (2011) and on nursing activities suggested in the literature for management of this clientele. The guide addressed the following themes: screening for CMD by nurses; acts/activities; self-management support; and interprofessional collaboration. Semi-structured individual interviews, ranging from 45 to 60 minutes in length, were carried out by one experienced psychologist (n=6; phase 1) and by the principal investigator (n=7; phase 2) between June 2014 and August 2015. Interviews took place at the nurses' office with the exception of three that were conducted by telephone. The principal investigator also conducted validation interviews with interested participants (n=7). The aim of these interviews was to validate preliminary results and to deepen our understanding of particular activities. These interviews were done face-to-face or by telephone (15 to 30 minutes), depending on participant preferences. All interviews were audio recorded.

Data analysis

The interviews were transcribed verbatim. Each interview was analyzed according to a mixed coding method based on the principal themes identified in the interview guide and on emerging data (Miles, Huberman, & Saldana, 2014). An evidence-based structure to describe nursing practice was used to guide the analysis process (Poitras et al., 2016). According to this structure, three principal concepts should be used when describing nursing practice: professional role, domain and activity. Thus, activities were identified and then grouped into domains of activities. The NVivo 10 software was used for data management. Three investigators (AG, MCC, MEP) analyzed the first interview and each

subsequent interview was analyzed by AG and MCC. Four meetings also took place with all of the investigators between March and August 2015. These meetings were designed to discuss emerging themes, data organization and content.

Results

Data analysis allowed us to describe the domains of activities in which FMG nurses practiced for patients with physical CD and CMD. Thus, the following paragraphs provide a detailed description of the context and activities included in each of the domains.

Context

Sample characteristics. A total of 13 nurses from seven FMG accepted to participate in the study. All participants were female, with the majority of them having completed a bachelor's (university) degree in nursing sciences (n=11). Of those who did not have a nursing degree, one had completed a certificate in management and one had completed some university courses in nursing sciences. The majority of participants were in their thirties (n=7). Mean number of years of professional experience since graduation was approximately 13.5 years, varying from 7 to 25 years. Mean number of years of experience in an FMG was 4 years, varying from 6 months to 10 years (Table 1).

Table 1

Characteristics of the sample

Nurse	Age group (years)	Years of experience as a nurse	Years of experience in FMG
PCN_1	30-39	5-10	≤ 4
PCN_2	30-39	11-16	≤ 4
PCN_3	18-29	5-10	5-7
PCN_4	30-39	5-10	5-7
PCN_5	30-39	11-16	8-10
PCN_6	40-49	17-24	≤ 4
PCN_7	40-49	17-24	8-10
PCN_8	30-39	11-16	5-7
PCN_9	40-49	11-16	≤ 4
PCN_10	30-39	5-10	≤ 4
PCN_11	40-49	25 and more	≤ 4
PCN_12	30-39	5-10	≤ 4
PCN_13	50-59	11-16	≤ 4

Table 2

Characteristics of the FMGs

	FMG						
	1	2	3	4	5	6	7
Nurses (n)	3	3	8	2	2	2	4
Family doctors (n)	27	13	45	10	9	9	9
Patients (≈n)	12,000	10,000	30,000	10,000	12,000	12,000	16,000
Social Worker (n)	1	0	0	0	0	0	1
Psychologist (n)	1	1	1	0	0	0	0

Mental health training. The number of half-days of continued education on mental health in which the majorities of nurses (n=9) participated during the last year ranged from zero to two. Four nurses in one FMG were recently involved in the development of a “low-intensity” tool to evaluate and follow the evolution of people with CMD. These nurses had received training on screening and follow-up of patients with CMD in primary care.

Access to psychosocial services. Certain nurses (n=7) reported having access to a psychologist and/or a social worker in their clinic. This situation is facilitative, because they can rapidly consult their colleagues if they have questions or refer the patient to their services. “We have the psychologist here, we are regularly in training with her, we bring our cases for discussion and have telephone support at all times” (PCN_5). In three FMG (2-4-6), even if they are not in the clinic, mental health professionals (social workers or psychologists) remain available for the clientele approximately one day per week.

However, not all FMG benefit from these off site professionals, some participants reported that they could not refer patients to a psychologist, but only to social workers, who then refer the person for psychological support if needed. Table 2 presents the sociodemographic characteristics of the FMG participating in the study.

General involvement of nurses in the management of persons with CMD. In regard to CMD management by nurses, the majority of participants explained that they rarely participated in the follow-up of persons exclusively for their CMD. They mainly follow persons with CMD during a follow-up for their physical CD. “One of the things that I’ve learned which – I’ll tell them to come for lifestyle habit training and diabetes and I end up following them for their mood - together with their diabetes” (PCN_6). A few

participants mentioned that a physician in their FMG could, on occasion, refer a patient to them for the monitoring of CMD, in the presence or not of physical CD, but this remains rare. However, they highlighted that they frequently worked with persons presenting CMD or psychological distress during walk-in clinics, and this, not necessarily in the presence of physical CD. “When we do walk-in clinics, we see a lot of people who come to us in an emergency, for depressive and anxiety symptoms [...], but that’s a one-time thing. They don’t necessarily have a chronic disease “ (PCN_7).

Domains of activities

Domains of activities described in this section are presented in logical order and not chronological. During care of people with physical CD and CMD nurses: assess the physical and mental health condition, plan for care, collaborate with other professionals, sustain a therapeutic relationship and intervene with health promotion activities (Table 3). The sequence of activities varies from one follow-up to another.

Table 3

Domains of activities and description

Domains of activities	Activities
Assessment of physical and mental health condition	Data collection Inquire about the general condition of patient Question directly on the patient’s mental health condition Use tools for mental health condition and CMD Monitor mental health condition Mood Suicidal ideation and degree of dangerousness Treatment effects
Care plan and nursing follow-up	Establish priorities for action Refer the person to emergency services

Domains of activities	Activities
	Develop an interdisciplinary care plan Develop an intervention plan with the person Adapt follow-up to person Telephone reminder Telephone follow-up Allow for more time in scheduling visits
Interprofessional collaboration	Refer the patient to other care professionals Consult other care professionals Share information with other care professionals
Therapeutic relationship	Establish trust Reassure the person Normalize experience Draw patient's attention to external resources Active listening Accompaniment through acceptance of the disease
Health promotion	Encourage and highlight progress in health behaviors Reinforce autonomy Enhance patient responsibility for choices Basic training on pathologies and lifestyle habits Provide written information on CMD Reinforce and validate knowledge on CMD

Assessment of physical and mental health condition. This domain of activity includes the following activities: data collection by interviewing the patient or by using data collection tools; and monitoring mental health.

Data collection. Each time a nurses meets a person for physical CD, the first task is to inquire on the general status of the patient. She remains attentive to the global experience of the person. “My first question “How are you doing?” it’s not about diabetes. “How are you doing?” They will say, “It’s not going well, I’m pretty down these days », so you know, I will see it a bit” (PCN_8).

Most nurses will take note of patient mental health history as well as current medication. This information allows them to target at-risk patients and watch for changes in mental health condition during evaluation and monitoring of the physical chronic disease. “I always look at medical history; I look at his or her medication list. Often it’s not rare that they already have Effexor or other medication for their mood because it’s not easy living with a chronic condition” (PCN_11).

However, when the nurse notices a change in the mental health condition of a patient, she collects more detailed data allowing her to do an in-depth evaluation of the patient’s physical and mental health condition. This way, she will attempt to get bio-psycho-social data by asking the patient directly. She will also pay particular attention to the evolution of the CMD in a patient who has already been diagnosed.

Mood, social aspects, is there social withdrawal or not, environmental stressors, good sleep; good appetite? Weight loss, does he cry regularly, well if I see that he is a little on the edge, [...] Does he have social support from loved ones? Daily burden? Is he alone to accomplish his tasks? And that I notice that his capacities may be limited, and it may become too heavy, well we’ll dig around that. (PCN_12)

The use of data collection tools to assess mental health condition and screen for CMD varies from one setting to another and may be due to the level of training received and peer support. Four nurses have access to an efficient mental health assessment tool that allows them to detect anxiety and depressive symptoms. When they detect symptoms, they use the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for depression or the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) for anxiety. Some nurses are in the process of developing assessment tools and some do not use any assessment or screening tools.

Monitoring mental and physical health. When a patient has been diagnosed with a CMD by a physician, or when the person presents psychological distress during the course of a follow-up for a physical condition, the nurse will look out for the person's mood, presence of suicide ideation and degree of dangerousness. In addition, even if the physician does not make a request, most of them evaluate adherence to ongoing treatments for the CMD as well as side effects.

I also look at side effects, sometimes, they'll start taking antidepressants and they're stunned, drowsy. It's normal at the beginning of the treatment, but after two weeks, the effect should have abated. I will look at that. (PCN_8)

Planning for care and follow-up. Care planning is the domain of activity in which the nurse ensures that the person receives care adapted to his or her situation and establishes priorities. Decisions will be made in consultation with the patient while taking into account his or her pace and preferences in regard to his or her health: "We'll talk with the patient about what he needs, [...] if what's important to him is to stabilise his diabetes and then to lose weight, well we'll go with that." (PCN_4)

Establish intervention priorities. Nurses reported establishing short and long term action priorities with patients. For example, when the person presents suicide ideation, the nurses make sure that the person is taken care of rapidly by a psychosocial emergency service or by a physician. In the long term, when care becomes more complex, nurses may carry out an individualized care plans with an interdisciplinary team or again, an intervention plan agreed upon by the nurse and patient. "For sure, ideally [...] when it's about big issues, it's about individual and interdisciplinary care plans, we call on all the

care providers that the patient sees, and then we try to have a common plan” (PCN_15). Priorities for intervention depend on the person and complexity of the situation as well as the resources available to the nurse.

Adapting follow-up to the patient. Participants stressed the importance of adapting the monitoring of CMD according to the profile and needs of the person. This aspect is highly important for a clientele that present physical CD and CMD or psychological distress, because based on participant experience, the encounter can go in a completely different direction than what was initially planned.

The man with diabetes that other time, [...] I put the device away, I addressed the emotional aspect; diet and physical activity, is for the next encounter. Because that was too important to him, so I said even if I throw myself at showing him how to eat well, he’s still stuck in a state of shock [...]. (PCN_11)

Participants also mentioned that they planned for more time in their schedule for people presenting physical CD and CMD or psychological distress.

Like for diabetes, those will be one-hour appointments and if I see that for the next time that I see him for blood pressure, or that there was an issue, I’ll reserve more time, because I know that the person will probably talk a little more, that the conversation might veer off (PCN_9).

Furthermore, when patients present a more precarious mental health condition, certain participants will offer to call them at home more frequently for the monitoring of their physical CD in order to save travel and to respect their needs. Certain people will not want to get help for their CMD. In this situation, the nurse may call the person by telephone later on to validate how they are feeling: “For sure we have to continue anyway, at least call them on the telephone, those clients, to see how they’re doing” (PCN_5).

Interprofessional collaboration. Interprofessional collaboration is complementary to care planning. Referral to another professional, expert consultation or even sharing information on health condition of the patient to various professionals appears to be the type of collaboration most often used by participants. In addition, forms of collaboration may vary from one FMG to another and tend to be optimal in FMG where the professionals, in the interdisciplinary team, work in one same clinic. According to the participants, face-to-face contact with other health care professionals involved in the follow-up of a person is beneficial.

Referral to other care providers. The referral of people with CMD to other health care professionals seems to be a common activity for nurses, which is not always linked to the fact that the care required for that patient's condition is beyond the legal scope of practice of the nurse. Indeed, this activity may be a result of lack of time or nurses' discomfort with doing the follow-up for CMD because of lack of knowledge.

As it relates to time, well I mean, in a crisis situation, or a problem, yes I feel I have the tools, we do a lot of listening [...], but if not for the rest, to manage anxiety, management and all that, we refer our patients. (PCN_7)

Some will quickly refer a patient to another care provider, more often a social worker, and will not go any further in the follow-up of the CMD. That is, if needed, depending on the extent of the problem and the time required for another professional to take charge, she will not go over the CMD during the follow-up of the person for his or her physical CD.

As such, I don't really do follow-ups, but when we detect things, for sure we'll refer a patient to the hospitals' frontline social services. You know, I refer them and I rely a little on the social worker when he meets them. But if not, [hesitant], it's as if I have diabetes more in mind. (PCN_10)

In all FMG sites, participants reported that they often referred the patient to his or her treating family physician. They contact them by telephone when possible or send them a note by email when they judge that a medical evaluation is required and that a treatment must be initiated quickly. “When it’s really too problematic, if they need medication [when talking about a patient], we’ll refer to the physician” (PCN_10). Or even, when a person comes to them in their office because he or she is going through a crisis and needs immediate medical care. Finally, the physician is the first resource in case of complication or worsening of the mental health condition of a person.

Consult another professional. Participants also reported that they frequently consulted other professionals for specific information linked to the CMD of a patient or even for general information on CMD and their treatments. Most of the time, they consult a patient’s physician and when necessary other professionals. For example, some participants mentioned that they consult the community pharmacist when they have questions about side effects reported by the person or even for information on medication interactions. In addition, when they have doubts about a patient’s adherence to treatment, some may call on the pharmacist to see if he has made the same observations.

The pharmacist sees the client just as often as I do, in the sense that, the client goes and gets his medication, he knows him quite well, and then clients often consult pharmacists so they know them in a certain way. When it’s a complex case, often I’ll call the pharmacist to discuss medication, adherence to treatment, “Does he still renew his prescriptions?” How he sees it. (PCN_5)

Sharing information. Considering physician and nurse proximity in an FMG, information sharing is easier. They inform each other of any change in physical and mental health condition of patients that they follow collaboratively. When a nurse meets a person

for a physical CD and notices a change in mood or behaviour, for example, she informs the physician by email or by progress notes.

The patient clearly tells me when I question him, that it's not going well, he's depressed, his symptoms are worsening, [...] or sometimes without making an appointment with the physician, I will speak with him or her to hear what s/he thinks, "oh yes, have him see me", you know only sometimes, I ask questions and tell him about my interview with the patient and I'll ask for the physician's opinion. (PCN_8)

In the FMG where a tool for patients with a mental health condition was developed, the nurses complete their evaluation and discuss appropriate care, treatment and follow-up for the patient with the physician.

In addition to the physician, one participant mentioned that on occasion, the psychologist would call her directly to inform her of what s/he was working on with the person and about his or her current mental health condition. "So, some, I talk to (talking about the psychologist), and we exchange views about the patient, then she says "OK, so this is what I'm working on with him, can you provide additional support?" [...] (PCN_2). However, this way of doing is not very common. Many participants mentioned that when they received a report from a social worker or psychologist, the summary of the encounter was forwarded by fax.

Finally, participants sometimes share information with mental health nurses from the Local Community Services Centre when the latter are already involved in the follow-up of people diagnosed with a CMD. For example, one participant stated that when the mental health nurse does a home visit, she takes this opportunity to test the patient's blood sugar level and when relevant, the nurses exchange information. Similarly, when the FMG nurse

has questions about the mental health condition of a person, she calls on the mental health nurse so that she evaluates the person the next time she visits.

Therapeutic relationship. Throughout physical CD follow-up, over many appointments, the patient and the nurse develop a relationship based on trust that allows the nurse to know the person better and to recognize significant changes in mental health condition. A relationship between the nurse and the patient develops which facilitates information exchange and predisposes the person to express himself or herself more on personal issues.

I enter their private world, not because I want that, I become their confidant, if you want, because we're going to address subjects [...] "So, how's it going with your diabetes, your medication, the side effects, rest, stress?" [...], then, spontaneously, they will sometimes talk to me "ah, my husband passed away." (PCN_11)

This relationship of trust develops, among other things, by putting oneself at the same level as the person, by sharing common objectives, as well as by demonstrating empathy. "I think that as soon as they have our attention and that we really listen to what their needs are and what they want, well it's super easy to work with them after and to establish a trusting relationship" (PCN_4). Once the relationship of trust is created, a therapeutic relationship is settled and nurses can more easily support the person with his or her trials and challenges. For example, participants will reassure the person, normalise experienced events as well as draw their attention to the resources that are available to support them.

The majority of participants stressed that they did a lot of active listening with this clientele. Some specified that patients sometimes lived in social isolation and experienced stigmatisation, thus the importance of careful listening.

Some participants admitted that the news of a physical CD diagnosis could come as a shock for certain people and be a precursor to the appearance of anxiety-related or depressive symptoms.

It's more at the beginning of the diagnosis, especially for diabetes, they don't take it well, it's as if they don't want to necessarily accept that they're diabetic, that they think it can be cured, that if they don't eat sugar anymore, they won't be diabetic anymore. That's difficult, and I think that all the consequences of that, that's the worst, really at the beginning of the diagnosis. (PCN_4)

In these circumstances, a participant mentioned that she was more vigilant to psychological distress signs and that follow-up visits with the person were spaced closer.

Recently, I had a lady, out of herself, because she'd recently been informed that she was diabetic [...]. I offered her a second and third encounter, sooner. I make sure, that each time she comes, that our encounter goes well, that there are less tears, and I ask her how her days go, if she's still crying, if she's started talking about it with her family [...]. (PCN_12)

Nurses thus accompany the person in the acceptance of his or her illness; explore emotions and apprehensions in the face of the new disease. Furthermore, some nurses mentioned that they also had to accompany the person in the acceptance of the CMD when the diagnosis is announced during the evolution of a physical CD.

Health promotion. Nurses support patients by providing encouragement and by highlighting the progress they've made in their health behaviours from one encounter to another. They try to empower them in their choices and reinforce their autonomy in the management of their CD on the physical as well as mental aspects. One nurse mentioned that when it's possible, she includes a family member to help the person in his or her health management. Certain participants having received training will also use motivational interviewing as a strategy with people with CMD and physical CD.

When it comes to educating patients on CMD, it is not a formal education program, but more an activity that is carried out spontaneously, and is repeated over the course of a follow-up for physical CD based on the immediate needs of the person. Nurses mentioned that, inevitably, they come to educate the person about his or her CMD. They will validate and reinforce the person's knowledge of CMD if they wish so. According to participants, many people are reluctant to talk about CMD and many false beliefs can still be heard.

Often, it's not well known still and it's taboo, mental health, and when it's new, it's the first episode, well they'll ask lots of questions, and why me, they have difficulty understanding, so I explain a lot what goes on in the brain, that helps too. (PCN_5)

Some of them will also provide written information on CMD and discuss this openly with the person. Just like what they do for physical CD, participants highlighted that they teach healthy lifestyle habits (on proper sleep hygiene, tobacco use, alcohol, drugs, physical exercise, etc.) and explain methods for stress management.

I think that where I can help someone most who has a mental health problem is with his or her lifestyle habits, to get proper sleep hygiene, to start doing physical exercise, even if it's just for 15 minutes, change their mindset, try to have an adequate schedule, so I'll emphasize those things. (PCN_2)

However, participants confided that they are better equipped and skilled to conduct teaching activities in relation to physical CD than CMD. Prevention of CMD in persons with a physical CD does not appear to be a common health promotion activity. Moreover, one nurse asserted that she did not really discuss psychological complications linked to a physical CD:

Patients are not aware of this [...], that there's a correlation between the two, [...] Often, we'll address all the physical complications, that can be brought on, diabetes, hypertension, or whatever, but we won't often address the mental health issue that comes with that. (PCN_1)

Discussion

The objective of the study was to describe the activities of FMG nurses who practice with people presenting physical CD and CMD. Nursing practice in CD is extensive, focused on patient needs, and takes advantage of many nursing activities and skills that are prescribed in the Quebec and Canadian legislative framework (Chouinard et al., 2015). Our results show that primary care nurses involved in the follow-up of patients with physical CD carry out different activities that are linked to the CMD of the person during his or her follow-up for physical CD. However, these activities are variable and appear to be influenced by various factors that remain to be specified.

Activities undertaken by nurses for the CMD of a person with physical CD vary from one FMG to another and from one nurse to another. The activities may be developed based on clinical tools and clear directives established in a FMG; or again conducted without clear direction and mainly based on the knowledge and clinical judgment of the nurse. Watherworth et al. (2015) also noted variability in the practice of nurses in regards to the means they undertaken to detect depression and to support a person presenting a physical CD and depression. Many factors can explain this variance, such as practice context and methods put in place in settings to promote the integration of physical and mental health care by an interdisciplinary team (Maxwell et al., 2013). Nurses' knowledge and degree of confidence in intervening with persons presenting a CMD may also explain some variance in activities from one nurse to another (Watherworth et al., 2015).

The first step in the treatment and management of depression in a person with physical CD is the detection or recognition of depressive and anxiety symptoms (National Institute For Health and Clinical Excellence, 2009). Results show that the majority of participants are watchful for psychological distress in people with physical CD, and for a decline of their mental health condition. Four nurses are also aware of the importance to detect anxiety and depressive symptoms in people with physical CD and to screen for CMD when they detect symptoms.

Screening for CMD in primary care for people with anxiety and depressive symptoms, using a standardized tool or not, would be more effective in the presence of a team mandated to ensure the management of care among persons with CMD (Joffres et al., 2013). In addition, screening for CMD can become a source of discomfort for nurses who do not have the skills to help the person once the screening done (Maxwell et al., 2013). Indeed, the nurses who received training on mental health, who benefit from a standardized tool adapted to the setting and who are supported by a psychologist and physicians, seem more comfortable than the other nurses with the screening and follow-up of CMD. The results of this study corroborate observations made by McKinlay et al. (2011) and Wetherworth et al. (2015), who share the opinion that primary care nurses are well positioned to screen for CMD, but in the absence of collaborative practices and specific skills, it becomes difficult for the nurse to intervene in full.

Besides detection of CMD, self-management support by nurses did not come out spontaneously during interviews. Yet, this activity is recognized as being effective with this clientele when delivered by a primary care nurse who has the required resources and

training (DeJesus et al., 2014; Scanlan, Smart, Gregory, Armstrong, & Parkes, 2006). What came out is more related to support for self-management of physical CD. It is possible that, as for the detection of CMD in primary care, support for self management of these conditions could be facilitated by training and by the development of specific tools.

Despite evidence of the benefits of collaborative care models with mental health teams for the treatment of CMD in primary care (Archer et al. 2012; Coventry et al., 2014; Katon et al., 2010), this remains infrequent in most settings and nurses are rarely involved. When we compare the activities of the care manager in a model of collaborative care (Von Korff & Goldberg, 2001) with those of the FMG nurses, we note that the majority of activities are carried out by her: monitoring the health condition of the person and adherence to treatment; taking action when the treatment is not effective; ensuring regular contact with the person; offering psychosocial support. However, the coordination of care and services in mental health, an important aspect of the role of a care manager, did not come out in the main activities conducted by the nurses. Improvement in nursing skills in regard to mental health in FMG and changes in collaborative practices are required so that the nurse can fully take on the role of care manager in the treatment of CMD in people with physical CD.

Finally, four types of collaboration based on complexity of care context were described by Careau et al., (2014): the first type of collaboration is work in parallel, the second level is consultation/referral, the third refers to coordination of care and services and the fourth level refers to shared practice. The results of this study highlight that notwithstanding the complex care that comes with the follow-up of a person with physical

CD and CMD, the interprofessional collaboration described by participants can be found mainly at the first two levels. This collaboration varies from one FMG to another and tends to be optimal where both professionals (psychologist and social worker) are found in the clinic and where participants have received training and benefit from a standardized tool.

Strengths and limits

The description of the activities of FMG nurses among people with physical CD and CMD provides a first picture of what is actually done by these health care providers in certain FMG in Quebec. The number of FMG (N=7) included in the study allowed us to document a wide range of nursing activities. Furthermore, best practices were identified in one FMG, which is a good example to follow for others FMG. However, the data was collected through qualitative interviews with nurses only. Not being in action, the nurses maybe have forgotten to mention certain important elements or even have enhanced their practice. Observation of encounters between a person with physical CD and CMD and a nurse would have ensured better credibility of results. Interviews with patients would have allowed us to explore their perception of the follow-up and care they receive from FMG nurses. Finally, the participation of a greater number of FMG nurses throughout Quebec would have provided a better picture of the global situation. However, results can be applied to similar contexts.

Conclusion

Our results suggest a disparity of nursing activities from one setting to another. In addition, certain activities judged as essential to the monitoring of this clientele remain underdeveloped. In fact, screening and self-management support for CMD are not common activities done by the participants. Furthermore, interprofessional collaboration and care coordination by FMG nurses did not come out as optimal to answer to the complexity of care for people with physical CD and CMD. Although they currently conduct a considerable amount of activities with this clientele, nurses are not involved in an optimal way in the detection and follow-up of CMD in primary care. According to the evidence, there is a gap between what kind of activities are expected to be carried out by primary care nurses and what is actually done by them for the management of CMD in people with physical CD. Improvement in clinical practices for the management of CMD is needed and stakeholder should strongly consider the use of primary care nurses in collaborative practice models for CMD.

References

- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., . . . Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(10), 1-280.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380, 37-43. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., . . . Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Chouinard, M. C., Poitras, M. E., Lavoie, M., Godbout, J., Boulianne, I., Bouchard, M., . . . Poirier, D. (2015). Le rôle de l'infirmière en maladies chroniques (Avis).
- Coventry, P. A., Hudson, J. L., Kontopantelis, E., Archer, J., Richards, D. A., Gilbody, S., . . . Bower, P. (2014). Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One*, 9(9), e108114-e108114. doi:10.1371/journal.pone.0108114
- Coventry, P. A., Hays, R., Dickens, C., Bundy, C., Garrett, C., Cherrington, A., & Chew-Graham, C. (2011). Talking about depression: a qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC Fam Pract*, 12, 10. doi:10.1186/1471-2296-12-10
- Currid, J. T., Turner, A., Bellefontaine, N., & Spada, M. M. (2012). Mental health issues in primary care : implementing policies. *British Journal of Community Nursing*, 17(1), 21-26.
- DeJesus, R. S., Howell, L., Williams, M., Hathaway, J., & Vickers, K. S. (2014). Collaborative care management effectively promotes self-management: patient evaluation of care management for depression in primary care. *Postgraduate Medicine*, 126(2), 141-146. doi:10.3810/pgm.2014.03.2750
- Ekers, D., Murphy, R., Archer, J., Ebenezer, C., Kemp, D., & Gilbody, S. (2013). Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 149(1-3), 14-22. doi:10.1016/j.jad.2013.02.032

- Émond, J. G., Pettigrew, J., Côté, C., Lalancette, J., Sasseville, D. L., Mageau, A., . . . Racette, L. (2003). *Devenir un GMF : guide d'accompagnement. Le Groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Saint-Louis, Missouri: Elsevier.
- Joffres, M., Jaramillo, A., Dickinson, J., Lewin, G., Pottie, K., Shaw, E., ... Tonelli, M. (2013). Why screening for depression in primary care is impractical. *CMAJ*, 185(9), 753-754. doi:10.1503/cmaj.130634
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., . . . McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *The New England Journal Of Medicine*, 363(27), 2611-2620. doi:10.1056/NEJMoa1003955
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E., & Simon, G. (2001). Rethinking roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *General Hospital Psychiatry*, 23, 138-144.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monohan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care : prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of internal Medicine*, 146, 317-325.
- Leclerc, G. (2015). *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 : Vérification de l'optimisation des ressources*. Québec: Canada.
- Maxwell, M., Harris, F., Hibberd, C., Donaghy, E., Pratt, R., Williams, C., . . . Burton, C. (2013). A qualitative study of primary care professional's views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary hearth disease in the UK. *BMC Fam Pract*, 14(46), 1-8.
- McKinlay, E., Garrett, S., McBain, L., Dowell, T., Collings, S., & Stanley, J. (2011). New Zealand general practice nurses' roles in mental health care. *International Nursing Review*, 58, 225-233.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Date Analysis: A Methods Sourcebook*. Thousands Oaks, CA: SAGE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). Depression in adults with a chronic physical health problem : Treatment and management. Retrieved from guidance.nice.org.uk/cg91

- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing* 15(31), 1-12.
- Roberge, P., Hudon, C., & Girard, A., Vanasse, A., Giroux M., Christine L., Isabelle G., Giroux, M., Beaulieu, M-C., De Pauw, A., Pavilanis, A., Grégoire, E., Lemieux, M., Benoit, A., & Brouillet, H. (2015). Enhancing the mental health care experience of patients with common mental disorders and chronic medical conditions: perceived needs, barriers and facilitators. NAPCRG PBRN Conference. 29 et 30 Juin 2015, Bethesda (USA).
- Sandelowski, M. (1995). Focus on qualitative methods. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*, 18(2), 179-183.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods: Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*, 23, 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health*, 33(1), 77-84. doi:10.1002/nur.20362
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depression And Anxiety*, 21(4), 193-202.
- Scanlan, M., Smart, D., Gregory, S., Armstrong, E., & Parkes, J. (2006). Evaluation of the effect of practice nurses on the management of depression. *Primary Care Mental Health*, 4, 107-112.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., . . . Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. *J Affect Disord*, 103(1-3), 113-120. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.015
- Teesson, M., Mitchell, P. B., Deady, M., Memedovic, S., Slade, T., & Baillie, A. (2011). Affective and anxiety disorders and their relationship with chronic physical conditions in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 939-946. doi:10.3109/00048674.2011.614590
- Von Korff, M., & Goldberg, D. (2001). Improving Outcomes In Depression: The Whole Process Of Care Needs To Be Enhanced. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7319), 948-949.
- Von Korff, M., & Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Culture and Medicine*, 172(133-137).

- Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2562-2570. doi:10.1111/jocn.12863
- Watzke, B., Heddaeus, D., Steinmann, M., Konig, H. H., Wegscheider, K., Schulz, H., & Harter, M. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: study protocol of a cluster-randomized controlled in routine care. *BMC Psychiatry*, 14(230), 2-13.

Section 2

Compétences cliniques des infirmières

Cette section dresse le portrait des compétences cliniques des infirmières perçues comme essentielles par les participantes pour intervenir auprès des personnes avec TMC et MC physiques. Les compétences cliniques des infirmières seront divisées en trois catégories : les habiletés, les attitudes ainsi que les connaissances.

Habiletés

Sensibilité aux émotions et à la détresse des autres. Plusieurs ont rapporté qu'elles devaient observer les signes sous-jacents qui indiquent qu'une personne ne se sent pas bien psychologiquement. Il peut s'agir de signes physiques, de changement de comportements, le fait d'éviter d'aborder un sujet ou encore lorsqu'une personne ne se présente pas à ses rendez-vous.

J'ai rencontré une personne la semaine passée, c'était la deuxième fois que je la voyais pour son diabète, j'avais fait l'enseignement. Je la vois un mois plus tard avec ses données, je vois qu'elle n'en a pas pris beaucoup et qu'elle est vraiment affaissée. Là, je lui demande « est-ce que ça va bien? » Ces glycémies étaient variantes. Là, elle s'est ouverte à moi, elle m'a dit que son fils avait des idées suicidaires et tout. (PCN8)

Parfois, les personnes ne mentionneront pas directement qu'elles se sentent préoccupées, d'où l'importance que l'infirmière soit sensible aux émotions de l'autre et à sa détresse psychologique. Ainsi, cette habileté est essentielle pour que l'infirmière puisse arriver à détecter des symptômes anxieux ou dépressifs et à poursuivre l'évaluation de la condition de santé mentale d'une personne.

Jugement clinique. Plusieurs d'entre elles ont aussi rapporté qu'un minimum d'expérience professionnelle est requise pour travailler avec ce type de clientèle à l'intérieur d'un GMF. L'exposition à diverses situations dans leur carrière augmente leur jugement clinique et elles sont davantage préparées à des situations complexes qui sortent des cadres de référence. « Il faut que tu aies vu plusieurs situations dans ta vie d'infirmière, il faut que tu aies touché, je pense, à beaucoup de choses [...] avoir fait beaucoup de départements [...] cela fait de grandes connaissances générales [...] » (PCN12).

Habileté à évaluer. En plus d'un jugement clinique aiguisé, les participantes ont souligné que l'infirmière devait être habile dans le domaine de l'évaluation. « Bien faire l'évaluation de notre client, la capacité de mener l'entrevue, puis de bien évaluer le tout » (PCN5). En effet, cette habileté semble essentielle auprès de cette clientèle, car selon une participante, l'infirmière doit savoir poser les bonnes questions pour ne pas passer à côté d'une personne qui présente des symptômes de dépression majeure par exemple. L'expérience professionnelle semble encore une fois influencer la capacité de l'infirmière à faire une bonne évaluation de la condition physique et mentale d'une personne.

Ça prend quelqu'un qui a fait de l'évaluation, quelqu'un qui n'a jamais évalué ne saura pas poser la bonne question pour qu'elle s'ouvre [en parlant de la personne]. J'aurais bien beau poser un million de questions, elle ne me répondra pas [...] C'est savoir poser les bonnes questions pour détecter, si je n'ai pas bien détecté son trouble et puis qu'il est en dépression modérée à élevée et que je le renvoie chez lui et que je lui donne un rendez-vous dans deux semaines et qu'il se passe de quoi, tu sais...(PCN8).

Bien que l'évaluation de la condition de santé mentale soit une activité réservée à l'infirmière, les participantes ne se sentent pas toujours confortables de la réaliser pleinement.

Encore dernièrement, tu sais, ça fait quelques mois qu'on a commencé à travailler rondement là-dedans parce qu'on s'est aperçu que c'était vraiment notre lacune, puis l'évaluation de la santé mentale, c'est un acte qu'on a le droit de faire, puis je pense que c'est sous-utilisé. (PCN5)

Elles semblent se sentir plus à l'aise à dépister les comportements à risque que d'entreprendre une évaluation complète de la personne qui présente des symptômes anxieux ou dépressifs. « Cela fait que moi, je suis à l'aise d'avoir des cloches d'alarme, puis de dire, ok, j'ai peut-être quelque chose qui ne fait pas, de référer vers la travailleuse sociale, d'en parler avec les médecins, puis l'évaluation complète par eux [...] » (PCN12).

Capacité d'adaptation. De plus, les infirmières doivent avoir une bonne capacité d'adaptation, car elles auront souvent à déroger des interventions habituellement appliquées pour les personnes avec MC physiques uniquement. « Si la personne vient pour le diabète, bien cela se peut que tu ne parles pas de diabète aujourd'hui, puis oui, il faut que tu sois capable d'être déstabilisée, puis de gérer la situation [...] » (PCN12).

Débrouillardise. Finalement, une participante a également précisé l'importance de faire preuve de débrouillardise, car souvent l'infirmière doit initier des démarches non courantes afin d'offrir des services spécifiques pour répondre aux besoins de cette clientèle complexe : « Beaucoup de débrouillardise, puis être capable justement de faire des démarches puis de se démener un peu parce que ce n'est pas tout le temps facile d'avoir les services finalement que ces patients-là auraient besoin » (PCN1).

Attitudes

Être à l'écoute. Tout d'abord, l'infirmière devrait être à l'écoute de la personne qui se trouve devant elle, car en plus de permettre à l'infirmière d'identifier les besoins de la personne, cela facilite le développement du lien de confiance : « [...] Dès qu'on leur prête attention puis qu'on écoute vraiment c'est quoi leurs besoins puis qu'est-ce qu'eux autres ils veulent avoir, ben c'est super facile de travailler avec eux autres après puis d'établir un lien de confiance » (PCN4).

Disponibilité. Les participantes ont aussi souligné l'importance de se montrer disponible, accessible, car souvent se sont des personnes qui auront besoin d'être rassurées et de sentir que quelqu'un se préoccupe de leur situation. « Je me montre disponible, [...] Je les rassure pour dire qu'ils ont une accessibilité, qu'ils ne sont pas tous seuls [...] ils ont peur d'avoir des questions, pas savoir à qui se référer » (PCN8).

Ouverture d'esprit. De plus, certaines participantes ont mentionné que pour travailler avec cette clientèle, elles devaient avoir une ouverture d'esprit, c'est-à-dire que l'infirmière doit être prête à recevoir divers aspects de la vie d'une personne sans porter de jugement : « Il faut avoir une ouverture d'esprit à ce niveau-là, il faut avoir des croyances qui font qu'on comprend la personne, qu'on est capable de dire ce n'est pas nécessairement de sa faute, il faut accepter son vécu » (PCN2).

Connaissances

La majorité des participantes ont rapporté que les infirmières devaient détenir des connaissances suffisantes en santé mentale pour offrir des soins de qualité et se sentir

compétentes dans leur travail. Selon elles, une infirmière qui travaille auprès de cette clientèle devrait avoir des connaissances plus approfondies dans l'évaluation de la condition de santé mentale, sur les outils disponibles pour l'évaluation d'une personne présentant des symptômes anxieux et dépressifs, sur les traitements et les principales pathologies des TMC ainsi que sur les ressources communautaires disponibles.

Toutefois, un manque de connaissance en santé mentale semble être une réalité vécue quotidiennement par les participantes « Le manque de connaissance, c'est le travail de tous les jours, cette prise en charge de cette clientèle-là qui est lourde, et puis ça et bien c'est la réalité » (PCN7). Cela peut accentuer le sentiment de ne pas être le bon professionnel ou la bonne ressource pour aider la personne « Tu sais, tu voudrais les aider, mais tu n'as pas les ressources, je n'ai pas les compétences » (PCN11).

Finalement, la connaissance des ressources en santé mentale, qui apparaît comme étant importante aux yeux des participantes, semble peu acquise par l'ensemble de ces dernières. Ce manque de connaissance au niveau des ressources peut limiter les infirmières quant à l'orientation des personnes avec TMC vers des ressources spécialisées. « [...] Là-dessus, il m'en manque, je suis sûre qu'il y a d'autres ressources, mais je ne serais pas capable de... je ne sais pas vraiment où les diriger » (PCN9).

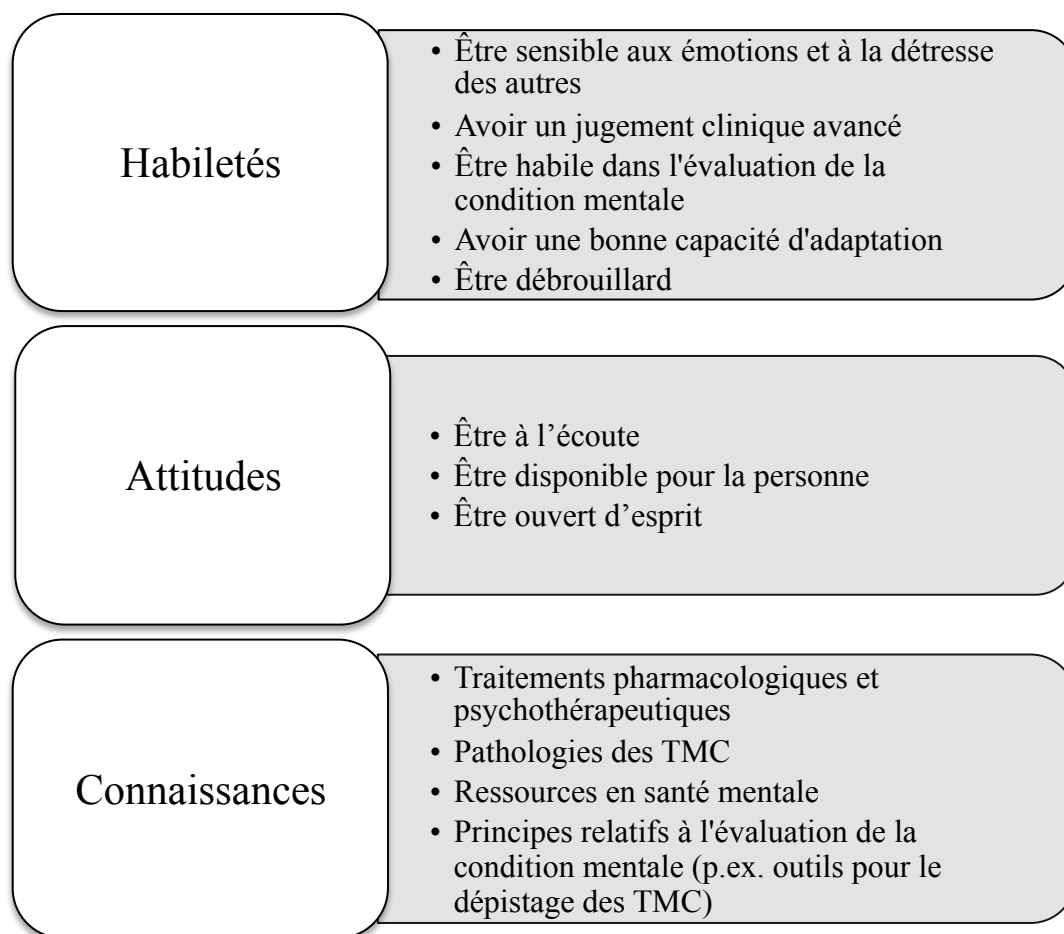


Figure 2. Compétences cliniques perçues essentielles par les infirmières de GMF pour œuvrer auprès des personnes avec MC physiques et TMC.

Facteurs qui influencent les activités des infirmières de GMF à l'égard des personnes avec TMC (barrières et facilitateurs)

Les facteurs qui influencent les activités des infirmières en GMF à l'égard des personnes atteintes d'une ou de plusieurs MC physiques et de TMC peuvent être liés au niveau de compétence en santé mentale de l'infirmière, à l'organisation et au fonctionnement des lieux ainsi qu'à des facteurs relationnels.

Facteurs liés aux compétences cliniques en santé mentale

À plusieurs reprises, les participantes ont rapporté qu'elles n'avaient pas les compétences cliniques en santé mentale pour intervenir auprès de cette clientèle. Un faible niveau perçu de ces compétences semble avoir une répercussion sur les activités entreprises par les participantes. Ainsi, certains aspects pouvant influencer négativement ou positivement le niveau perçu des compétences cliniques en santé mentale des infirmières ont été identifiés : la formation académique et continue et l'appui des autres professionnels.

Formation académique et continue. Plusieurs participantes ont souligné le fait que leur formation académique ne les avait pas suffisamment préparées pour travailler avec la clientèle en santé mentale en dehors des milieux spécialisés. Les infirmières rapportent qu'elles ont davantage été formées pour l'évaluation de la condition de santé physique.

[...] On n'est pas vraiment outillé, les connaissances ne sont pas là non plus. On fait notre cours d'infirmière, on apprend ça dans les livres, on a un stage, puis après cela, c'est terminé [...] Ça dépendant de l'orientation de carrière que tu fais bien entendu, si tu t'en vas en santé mentale [...] Je trouve que je n'ai pas les connaissances suffisantes pour faire vraiment le dépistage complet pour une dépression ou pour l'anxiété, non je ne suis pas la ressource première, je ne pense pas. (PCN12)

Nous autres on a appris à prendre des signes vitaux, à regarder les téguments, regarder le fond de l'œil, évaluer une autre personne devant nous, comment elle est habillée, l'odeur, ces choses-là [...] À prendre la température, on n'a pas appris à faire l'évaluation de santé mentale aussi bien que notre évaluation physique. Ça c'est une compétence à développer (PCN2).

En plus de la formation académique, les formations offertes dans les milieux cliniques pour développer les compétences infirmières et pour améliorer le suivi des personnes avec MC physiques ne semblent pas toujours mettre l'accent sur le volet de la santé mentale, mais sont plutôt orientées vers une MC en particulier (p. ex. le diabète).

[...] C'est quelque chose pour laquelle on reçoit peu aussi de formation continue. Nous avons souvent des dîners/soupers conférences pour le diabète, l'anticoagulothérapie, puis un peu d'hypertension, mais la santé mentale, peu. Donc quand il y en a, c'est quelque chose à laquelle je vais participer, mais il y en a vraiment pas assez, donc nous sommes moins bien outillées [...]. (PCN11)

Appui des autres professionnels. La présence de professionnels spécialisés en santé mentale (p. ex. psychologue) et d'un médecin qui manifeste un intérêt à l'égard de ce domaine favoriserait le développement des compétences en santé mentale de l'infirmière. En effet, l'apprentissage par les pairs semble avoir été bénéfique pour les infirmières du GMF où un outil d'évaluation a été développé.

[...] On a des rencontres avec la psychologue je te dirais, une fois par deux – trois semaines, on a eu plein de rencontres avec des travailleurs sociaux, un peu tous les réseaux qu'il y a autour, les références qu'on peut faire, ce qui peut nous aider pour faire les suivis. Elle nous a rencontré, elle nous a tout expliqué, la collecte de données, comment la remplir, fait que tu sais, finalement, il n'y avait pas vraiment de suivi avant puis maintenant, il y en a, c'est la grosse différence. (PCN4)

De plus, la présence des professionnels spécialisés en santé mentale au sein du GMF semble favoriser l'utilisation des ressources communautaires par les infirmières et optimiser le suivi auprès de la personne. Celles-ci se sentent appuyées dans leur démarche et peuvent se valider auprès d'un professionnel qui a plus de connaissance en la matière.

[...] Quand j'ai des questions, je vais voir X, elle est psychologue ici, puis elle est toujours disponible, elle répond toujours à nos questions, puis elle nous dit tout le temps – on pourrait faire telle affaire, il existe telle ressource, elle nous dirige tellement bien [...]. (PCN4)

Facteurs organisationnels et fonctionnels

La manière de fonctionner est propre à chaque GMF qui est organisé différemment. Certains éléments ont été identifiés comme pouvant faciliter ou nuire aux activités de

l'infirmière auprès de cette clientèle : la structure des lieux et l'horaire des infirmières; le choix de l'offre de services des infirmières; les ressources implantées dans le milieu pour le suivi de cette clientèle; l'accès à des ressources spécialisées en santé mentale ainsi que la continuité des soins.

Structure des lieux et horaire des infirmières. Selon les participantes, certains aspects liés à l'organisation structurelle des cliniques peuvent rendre difficile le suivi des personnes avec MC physiques et TMC par les infirmières. En effet, certaines infirmières ont rapporté que le fait d'être un GMF multisite, c'est-à-dire, offrant des services dans plusieurs installations, complexifie les soins offerts à la clientèle. « [...] Juste d'être multisite, si tu savais comment c'est compliqué ! » (PCN12). Leur environnement de travail est sans cesse modifié et celles-ci doivent s'adapter au matériel en place et s'assurer d'avoir toujours en main leurs outils de travail. De plus, il peut être difficile d'uniformiser les pratiques d'un site à un autre, d'autant plus que les clientèles et le corps médical changent d'un site à l'autre.

[...] Le fait de toujours changer de bureau, bien pour moi, cela complexifie un petit peu, parce qu'il faut que j'aie tout, tout le temps en main. Je change tout le temps, je suis toujours dans le bureau d'un médecin qui n'est pas là ou d'un intervenant qui n'est pas là, je ne peux pas jamais trop m'installer, puis en même temps, il faut tout que j'aie mes affaires [...] Parce que justement il faut que je sois toute là pour l'écoute du patient [...]. (PCN13)

Par ailleurs, la majorité des participantes a fait valoir qu'un horaire flexible leur permettant d'ajuster la durée des rendez-vous en fonction de la problématique de la personne rencontrée, avait un impact sur la planification des soins et du suivi.

[...] Comme diabète, cela va être des rendez-vous d'une heure et si je vois que la fois d'après, [...] qu'il y a eu une problématique, je vais me garder plus de temps parce que je sais que la personne va peut-être parler un petit peu plus [...] Puis

souvent, nous laissons des trous dans nos horaires justement pour rattraper, pour prendre le temps s'il y a une problématique qui arrive, qu'on ait le temps de prendre le temps. (PCN9)

Par contre, bien que l'horaire des infirmières soit flexible pour la durée des rencontres avec les patients, une infirmière souligne qu'elle manque de temps pour l'amélioration de sa pratique.

[...] Tu sais, si on avait le temps de travailler sur des outils pour devenir plus performante dans notre évaluation, dans nos suivis, mais nous n'avons pas le temps. [...] Parce que même moi, je suis surchargée, je n'ai pas assez de temps pour faire ce que je voudrais faire [...] (PCN11)

Accès aux services psychosociaux et à une équipe spécialisée en santé mentale.

L'accès aux services psychosociaux et à une équipe spécialisée en santé mentale par les infirmières de GMF varie d'une clinique à une autre (professionnels à même la clinique, professionnels délocalisés ou absence de professionnels reliés à la clinique). Des difficultés supplémentaires s'ajoutent pour les infirmières qui travaillent dans un GMF où il n'y a pas de psychologue ou de travailleur social. Ces difficultés peuvent, entre autres, être liées à la prise en charge tardive de la clientèle par une équipe de spécialistes en santé mentale. Les personnes qui sont prises en charge tardivement voient leur état de santé physique et mentale se dégrader, ce qui complexifie les soins qui doivent être offerts par les infirmières de GMF.

J'ai une patiente que j'ai été obligé de rappeler parce que la madame se détériorait, elle ne dormait plus, elle mangeait moins. Donc, j'ai rappelé pour dire est-ce que c'est possible de la voir plus rapidement la madame se détériore. À ce moment-là, ils l'ont pris [en parlant de l'accueil social]. Sinon cela arrive que ce soit long. (PCN10)

En première ligne, ce que j'ai l'impression un moment donné, c'est quasiment que les patients, faut qu'ils soient en dépression majeure, sur le bord du suicide pour être vus rapidement, puis des fois, peut-être qu'on aurait pu l'éviter, tu sais, des fois je trouve que c'est long le processus. (PCN1)

Cependant, certaines participantes ont rapporté que, depuis quelque temps, elles pouvaient bénéficier des services de professionnels qui se déplacent à la clinique pour venir rencontrer la personne (psychologue et travailleur social), ce qui diminuerait le délai d'attente pour la personne et favoriserait le partage d'information entre les professionnels.

Ressources en place dans le milieu. Seulement quatre participantes de l'étude sont issues d'un milieu où un outil clinique a été développé pour l'évaluation de la condition mentale et le dépistage des TMC. Ces infirmières ont, en quelque sorte, une ligne de conduite plus encadrée avec l'équipe interdisciplinaire qui leur permet d'assurer une évaluation et un suivi infirmier complet. Pour ce qui est des autres infirmières, elles réalisent des activités, mais elles ne sont pas guidées par un outil en particulier. Les infirmières qui n'ont pas de ligne de conduite commune dans l'équipe ont moins tendance à initier des suivis pour le TMC d'une personne avec MC physiques.

C'est quelque chose qu'on tient compte [en parlant des TMC], par contre nous on n'ajuste pas des molécules, on ne fait pas de suivi, de suivi officiel, de suivi infirmière où on les revoit, nous n'avons pas d'activité protocolaire comme de quoi on fait le suivi de cette clientèle-là [...]. (PCN7)

De plus, l'absence d'une ligne de conduite peut faire en sorte que l'infirmière ne se sent pas directement impliquée dans le suivi interprofessionnel du TMC de la personne avec MC physiques.

« [...] J'ai déjà tenté de réaborder un petit peu, mais ils m'ont dit, écoute [en parlant des médecins] « le suivi se fait avec la travailleuse sociale, elle va me rappeler- bon et bien c'est parfait » (rires), c'est vraiment dissocié. » (PCN12)

Toutefois, les participantes qui travaillent en GMF où un projet a été développé pour les TMC mentionnent qu'elles se sentent appuyées par leur équipe quant au suivi de cette clientèle et que les médecins ont tendance à leur recommander davantage de personnes pour cette problématique.

Je ne me sens pas toute seule là-dedans, puis je le sais que si j'ai des questionnements ou que je ne sais plus quoi faire, [...] je vais aller voir mes collègues qui en font plus que moi [...] ou je vais aller voir la psychologue ou [...] même les médecins maintenant, ils nous font plein de références, ils savent qu'on est là-dedans, puis ils travaillent avec nous autres, fait que peu importe qui je vais aller voir, je sais qu'ils vont m'aider. Puis ça va tellement bien, c'est super efficace. (PCN4)

La présence d'une ligne de conduite favorise également le suivi conjoint du TMC de la personne par le médecin et l'infirmière. Le suivi conjoint est perçu comme étant un aspect positif de la collaboration interprofessionnelle. « Quand on est deux à suivre [...], c'est deux impressions que nous avons, c'est deux visions, fait que c'est intéressant de se partager ça. » (PCN5).

De plus, les participantes qui bénéficient d'un outil standardisé d'évaluation au sein de l'équipe se sentent plus confortables dans l'évaluation de la condition de santé mentale, mais également dans la planification du suivi.

L'outil qui a été développé est tellement efficace, puis il nous permet tellement de se diriger vers les bons endroits, puis finalement, à la fin de notre évaluation, c'est comme tellement évident que c'est de l'anxiété ou c'est plus dépressif, tu sais, c'est sûr que le médecin, il va toujours faire son évaluation puis ça va toujours prévaloir, sauf que, on est capable de dire s'il faut faire le PHQ9 ou le GAD7, tu sais, on est capable de le savoir là. (PCN4)

Le fait de ne pas utiliser d'outils pour la détection et l'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs complexifie la tâche des infirmières. Bien que certains outils soient accessibles dans diverses bases de données, le manque de temps et l'absence de soutien par l'équipe peuvent nuire à l'utilisation d'outils d'évaluation par les infirmières. Une participante mentionne d'ailleurs que le suivi auprès du patient serait certainement favorable si elles étaient mieux outillées. « Les patients auraient probablement aussi des meilleurs suivis, si on était mieux outillée » (PCN1).

Choix de l'offre de services des infirmières. Un autre facteur propre à chaque clinique pouvant influencer les activités de l'infirmière auprès des personnes avec TMC est la décision de l'offre de services des infirmières. Le choix des activités des infirmières et le partage de celles-ci entre le médecin et les infirmières sont souvent établis en fonction de la demande des médecins et des besoins de leur clientèle spécifique. Ceci semble donc influencer directement le choix des activités à réaliser par les infirmières auprès de cette clientèle.

C'est un peu les médecins qui décident de notre offre de services, puis ça fait comme pas partie de notre offre de services [...] Ça été évalué ça, un moment donné, on avait pensé peut-être contribuer à ça, dépister les troubles anxieux et tout ça, chez certains patients, puis finalement, les médecins, ce qu'ils disaient, c'est que ça ne les aiderait peut-être pas tant que ça, fait que c'est pour ça que ça n'a pas été retenu. (PCN1)

De plus, l'infirmière ne semble pas toujours être la professionnelle de choix vers qui le médecin recommande une personne pour un TMC, surtout en présence d'un travailleur social au sein de la clinique.

[...] Pour les cas de santé mentale, anxiété, dépression ou autres, nous avons notre travailleuse sociale, les références ne sont pas faites vers nous [en parlant des infirmières], elles sont faites vers la travailleuse sociale qui elle va faire toute l'évaluation [...], puis après ça, elle va référer vers le médecin au besoin, fait que tout ce qui est de santé mentale, les médecins ne réfèrent pas vers nous. (PCN12)

Continuité des soins. Le manque de continuité dans les soins peut également influencer les activités des infirmières de GMF auprès de cette clientèle. En effet, certaines participantes ont rapporté qu'il était difficile d'assurer la continuité des soins, car il y a une absence de liaison avec l'équipe de santé mentale du centre local de services communautaires (CLSC) ou du centre hospitalier lorsque la personne est prise en charge par ces services. Ces dernières n'ont pas accès au dossier du patient dans ces milieux et ne peuvent pas toujours suivre l'évolution de la condition de santé mentale du patient ainsi que ce qui est travaillé avec l'équipe de santé mentale. Dans ces situations, certaines participantes rapportent que c'est le patient lui-même qui communique l'information à l'infirmière lorsque celle-ci lui en fait la demande. « Ca revient [en parlant de l'information] par le patient, souvent qu'il nous le dit » (PCN10).

Ils sont suivis ailleurs, en santé mentale, eux autres, ils ont un dossier parallèle auquel on n'a même pas accès, fait que déjà en partant, si on avait au moins le dossier de santé mentale, ça aiderait. Moi, je réfère en santé mentale, après ça, je ne sais même pas ce qui se passe là. Je n'ai pas accès à ce dossier-là, c'est un dossier parallèle. (PCN1)

Par ailleurs, les personnes chez qui l'infirmière détecte des symptômes reliés à un TMC ne reviendront pas nécessairement dans son bureau, ce qui discontinue la démarche de soins qu'elle avait initiée. « [...] Ces patients-là, souvent, ne me reviennent pas par après. Donc je vais faire le dépistage, mais je ne fais pas les suivis » (PCN11).

Finalement, dans certains GMF, les infirmières ne peuvent pas faire de références en psychologie. Ceci engendre une discontinuité dans le suivi, car elles doivent recommander la personne à un autre service offert par le CLSC ou référer au médecin traitant. « C'est le médecin qui fait la direction à la psychologue » (PCN12).

Psychologue directement, non, parce qu'il faut que cela passe, en premier, par l'accueil social. Donc, c'est eux qui vont juger s'ils ont besoin d'aller en psychologie. Sauf que c'est sûr que si la personne peut y aller en privée et qu'elle a besoin, je vais quand même le suggérer ou si elle a besoin d'une prescription, nous pouvons en parler au médecin aussi. (PCN9)

Facteurs Relationnels

Comme démontré tout au long de cette étude, l'infirmière de GMF interagit avec plusieurs acteurs clés dans le suivi des personnes ayant une ou plusieurs MC physiques et un TMC. Ainsi, certains facteurs relationnels, propres aux différents acteurs impliqués dans le suivi de cette clientèle, peuvent influencer les activités entreprises par les participantes auprès de cette clientèle.

Relation infirmière-patient. Un des éléments qui facilite la démarche de soins de l'infirmière dans le suivi d'une personne avec un TMC est sans doute la relation privilégiée qu'elle entretient avec la personne. Les infirmières de GMF ont un contact régulier avec les personnes pour le suivi de leurs MC physiques et elles apprennent toutes deux à se

connaître et développent un lien thérapeutique étroit. Ce lien amène la personne à se référer à l'infirmière en cas de problématique psychosociale ou liée à sa santé mentale. Cela facilite la réalisation des activités infirmières dans le domaine de la relation thérapeutique.

[...] En ayant un suivi systématique pour quelqu'un qui a un problème soit psychologique ou social, cela va nous permettre de mieux le suivre, parce qu'on a un lien avec lui, ça permet de plus s'ouvrir. Moi, j'appelle les gens aux 4 à 6 semaines, ils me racontent leur petite histoire, puis là, un moment donné, ah, il y a une petite affaire [...] Mais le lien est là! (PCN21)

[...] Je trouve que c'est épatant comment les gens vont nous dire des choses, puis que les médecins ne savent pas et que nous nous écrivons [...] Moi, ça me surprend toujours, comment les gens nous racontent des choses, et puis pas juste lorsqu'ils viennent pour cela, justement, je vois un patient pour un diabète, il peut me raconter une histoire d'horreur, tu sais c'est surprenant. (PCN8)

Relation infirmière-médecin. Par ailleurs, le fait que l'infirmière ait une relation de proximité avec le médecin traitant de la personne peut être perçu comme rassurant pour celle-ci, car l'infirmière peut contacter en tout temps le médecin traitant de la personne en cas de problématique. Comme rapporté par une participante, l'infirmière est « l'agente de liaison » entre la personne et son médecin.

Je suis l'agente de liaison entre vous et votre médecin, donc s'il y a quelque chose c'est certain que vous ne serez peut-être pas capable d'avoir rendez-vous avec votre médecin rapidement, mais venez me voir, prenez rendez-vous avec moi, nous allons évaluer la situation, puis je vais transmettre l'information à votre médecin et puis si vous avez besoin d'être vu, nous allons vous faire voir, il n'y a pas de problème. (PCN11)

En plus de rassurer la personne et de favoriser sa confiance à l'égard de l'infirmière, la relation qui s'établit entre le médecin et l'infirmière favorise la collaboration interprofessionnelle. En effet, le médecin et l'infirmière développent une façon de travailler

ensemble, ils apprennent à se connaître et à se faire mutuellement confiance. Ce qui assure une meilleure communication entre les deux professionnels.

Plusieurs d'entre eux ont appris à me connaître, ils savent que lorsque je laisse le dossier, c'est parce qu'ils vont lire ma note et actuellement, plusieurs sont contents parce qu'ils ne verront pas le patient pendant 3-4 mois, mais ils savent que je l'ai vu entre temps, donc ils sont au courant de ce qui se passe avec le patient. Lorsqu'il y a une problématique, la glycémie du patient n'est pas contrôlée ou le patient a besoin d'un changement de médicament ou que quelque chose arrive, je vais les voir et j'obtiens une prescription, tu sais, donc il y a ce travail d'équipe et cette communication d'installée. (PCN6)

Relation interprofessionnelle. La collaboration interprofessionnelle est un domaine d'activité qui a été identifié comme étant plus ou moins optimal pour le suivi de cette clientèle complexe en GMF. Certains facteurs influençant le niveau de collaboration interprofessionnelle ont déjà été rapportés précédemment : présence ou non des professionnels spécialisés en santé mentale au sein de la clinique, accès à une équipe spécialisée, présence de lignes directrices et relation infirmière-médecin. En plus de ces aspects, la relation entre les professionnelles peut, elle aussi, influencer cette collaboration. Plus précisément, l'absence d'une vision commune quant aux soins qui doivent être offerts en santé mentale et le degré de communication entre les différents professionnels influencent le niveau de collaboration interprofessionnelle dans les soins offerts à cette clientèle.

Le fait d'avoir plusieurs visions quant aux soins qui devraient être offerts par l'équipe du GMF pour les soins en santé mentale nuit à une collaboration interprofessionnelle optimale, car l'ensemble des professionnels impliqués dans le suivi de la personne ne travaille pas vers un objectif commun.

Certains vont éviter ce type de problème. C'est plus facile d'éviter que de traiter. Mais si nous étions tous égaux et que nous l'explorions tous [en parlant des TMC], et que nous pratiquions tous dans la même direction, et que nous avions cette équipe et cette communication [...], même si le problème est présent avec notre patient, nous pourrions communiquer et discuter avec le patient des façons de comment résoudre le problème ou de l'améliorer pour mieux le gérer. Mais nous devons faire cela avec tout le monde, non seulement une certaine partie des médecins et des autres professionnels. (PCN6).

La communication entre les différents professionnels impliqués dans le suivi du TMC de la personne est jugée essentielle par les participantes dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle. Une communication jugée efficace peut éviter des malentendus entre les professionnels impliqués dans le suivi de la personne. Elle peut également améliorer la planification des soins et du suivi infirmier grâce à une meilleure connaissance de l'évolution clinique du patient et des éléments travaillés par les autres professionnels. « C'est la base de tout. Souvent il y a des interprétations et ce n'est pas ça du tout qui est dit ou qui peut être fait » (PCN9).

[...] On a justement dernièrement rencontré une travailleuse sociale puis une psychologue qui travaillent au CLSC [...] on a vraiment pu établir une façon de faire pour communiquer avec eux autres, puis finalement quand ils ont vu un patient, ils nous font un retour, ils nous faxent leur évaluation, puis où ils en sont rendus avec les patients. (PCN4)

Par ailleurs, la communication entre les professionnels est facilitée lorsqu'il y a un contact face à face entre les professionnels et lorsque les soins sont tous donnés au même endroit. « Je sais que si c'était dans la clinique, nous serions capables de mieux communiquer. Je pense que c'est mieux lorsque tu es en face à face » (PCN6).

Facteurs liés aux compétences cliniques en santé mentale des infirmières	Facteurs organisationnels et fonctionnels	Facteurs relationnels
<ul style="list-style-type: none"> • Favorables : appui des autres professionnels • Défavorables : formation académique et continue 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorables : horaire flexible pour les rencontres avec la personne; accès aux services psychosociaux et à une équipe spécialisée en santé mentale; ressources en place dans le milieu (p.ex. outils d'évaluation) • Défavorables : structure des lieux (p. ex. GMF multisite); choix de l'offre de services des infirmières; manque de continuité dans les soins; manque de temps pour améliorer sa pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorables : relation infirmière-patient facilite la relation thérapeutique et le partage d'informations; relation infirmière-médecin favorise la collaboration interprofessionnelle; les relations interprofessionnelles sont facilitées lorsque des moyens pour communiquer sont mis en place • Défavorables : absence d'une vision interprofessionnelle commune pour les soins en santé mentale; professionnels ne travaillent pas tous vers un objectif commun

Figure 3. Facteurs qui influencent la mise en application des activités infirmières auprès des personnes avec MC physiques et TMC

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Le chapitre 5 vise à discuter des principaux résultats issus des trois questions de recherche. Plus précisément, il vise à : 1) Comparer les activités actuellement réalisées par les participantes à celles suggérées dans la littérature pour le traitement et le suivi des TMC en SPL; 2) Comparer les compétences cliniques perçues par les participantes à celles attendues par l'OIIQ (2009) et; 3) Interpréter et analyser, à l'aide des évidences scientifiques, certains facteurs qui influencent la mise en application des activités infirmières auprès de cette clientèle. Finalement, les forces et limites de l'étude seront abordées.

Le modèle proposé par Poitras et al. (2016) sur la schématisation de la pratique professionnelle infirmière a permis de décrire de façon logique et structurée la pratique des infirmières de GMF auprès des personnes avec MC physiques et TMC. Le modèle a permis de structurer l'analyse des données et d'orienter la présentation des résultats. Ainsi, les domaines d'activités, les activités entreprises par les infirmières ainsi que les compétences (connaissances, habiletés et attitudes) s'y rattachant ont été décrits. De plus, plusieurs facteurs pouvant influencer les activités des infirmières de GMF ont été identifiés. Ces facteurs font référence au contexte de pratique tel que rapporté dans le modèle de Poitras et al. (2016).

Activités infirmières

Tout d'abord, la première étape de soins pour le traitement et le suivi de la dépression chez une personne avec MC physiques est la détection ou la reconnaissance des symptômes dépressifs et anxieux (NICE, 2009). Les résultats de la présente étude démontrent que les

participantes sont vigilantes à la détresse psychologique des personnes avec MC physiques ainsi qu'à la détérioration de leur santé mentale. Par contre, si les participantes détectent des symptômes anxieux ou dépressifs suite à leur évaluation, elles ne procéderont pas toutes au dépistage des TMC à l'aide d'outils standardisés.

Le dépistage des TMC en première ligne à l'aide d'outils standardisés serait plus efficace en présence d'une équipe formée pour assurer la gestion des soins auprès des personnes avec TMC (Joffres et al., 2013). La présence d'un cadre de prise en charge concernant les soins offerts aux personnes avec des TMC par l'équipe interdisciplinaire a été constatée dans seulement un milieu. Les infirmières qui ont reçu de la formation en santé mentale, qui bénéficient d'outils standardisés adaptés au milieu et qui sont appuyées par un psychologue et des médecins, semblent plus confortables que les autres infirmières dans le dépistage et le suivi des TMC des personnes avec MC physiques. En effet, le dépistage des TMC chez les personnes avec MC physiques par les infirmières peut devenir une source d'inconfort chez celles qui n'ont pas les habiletés ou les outils pour aider les personnes une fois le dépistage réalisé (Maxwell et al., 2013). Ainsi, les résultats de cette étude corroborent les constats de Mckinlay et al. (2011) et Watherworth et al. (2015) qui partagent l'avis que les infirmières de SPL sont bien positionnées pour effectuer le dépistage des TMC, mais qu'en l'absence de pratiques collaboratives et de compétences spécifiques, il devient difficile pour elles d'intervenir pleinement.

Outre le dépistage, le soutien à l'autogestion du TMC par les infirmières n'est pas ressorti de façon spontanée lors des entrevues. Pourtant, ce dernier est reconnu comme étant efficace auprès de cette clientèle lorsqu'il est effectué par une infirmière de SPL qui a

les ressources (p.ex. guide de pratiques cliniques, appui d'un professionnel spécialisé en santé mentale) et la formation nécessaires (DeJesus et al., 2014; Scanlan, Smart, Gregory, Armstrong, & Parkes 2006). Ce qui tend à ressortir est plutôt en lien avec le soutien à l'autogestion des MC physiques en soi. Possiblement que, comme pour la détection des TMC en SPL, le soutien à l'autogestion de ces conditions par les infirmières pourrait être favorisé par la formation ainsi que par le développement d'outils spécifiques à la clientèle.

Par ailleurs, malgré la confirmation des effets bénéfiques des modèles de soins en collaboration avec l'équipe de santé mentale pour le traitement de TMC en SPL (Archer et al. 2012; Coventry et al., 2014; Katon et al., 2010), ceux-ci demeurent peu fréquents dans les milieux et l'infirmière peu impliquée.

Lorsqu'on compare les activités du gestionnaire de soins dans un modèle de soins en collaboration (Van Korf, 2001) avec celles de l'infirmière de GMF, on remarque que la majorité des activités prévues dans cette fonction sont réalisées par cette dernière : surveiller la progression de la condition de santé de la personne et l'adhésion au traitement; entreprendre des actions lorsque le traitement n'est pas efficace; assurer un contact régulier avec la personne; et offrir du soutien psychologique. Cependant, la coordination des soins et des services en santé mentale, un aspect important du rôle de gestionnaire de soins, n'est pas ressortie dans les principales activités réalisées par les infirmières. De plus, l'ensemble de ces activités est délivré selon une intensité et des modalités différentes d'un milieu à un autre. Toutefois, l'infirmière est une intervenante clé pour la prise en charge des personnes avec MC physiques et TMC (Ekers et al., 2013). De plus, pour les patients ayant des besoins complexes, la gestion de cas par une infirmière est tout indiquée (Chouinard et al.,

2013). Considérant l'inconfort des participantes à prendre en charge cette clientèle complexe, des améliorations au niveau des compétences cliniques en santé mentale des infirmières de GMF ainsi que des changements dans les pratiques collaboratives doivent être effectuées. De cette façon, celles-ci pourront assurer pleinement le rôle de gestionnaire de soins ou un rôle s'y apparentant dans le traitement des TMC des personnes avec MC physiques.

Par ailleurs, en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle, quatre types de pratiques de collaboration ont été décrits par Careau et al. (2014), en fonction de la complexité de la situation de soins : pratique en parallèle, de consultation/référence, par concertation et pratique de soins et de services partagés.

Les résultats de la présente étude soulèvent que malgré la situation de soins complexes qu'engendre le suivi d'une personne avec MC physiques et TMC, le type de pratiques de collaboration décrit par les participantes correspond majoritairement à une pratique en parallèle et par consultation/référence. Il est souvent question d'une pratique en parallèle, car les infirmières vont communiquer avec les autres professionnels (p.ex. psychologue, travailleur social, infirmière en santé mentale) pour s'informer de ce qui est travaillé avec la personne concernant son TMC. Les notes d'évolution ou encore les rapports transmis par télécopieur sont les moyens les plus courants de partager l'information. Les infirmières vont également consulter d'autres professionnels pour avoir leur opinion quant aux interventions à privilégier ou encore référer la personne lorsqu'elles ont atteint leurs limites professionnelles. Cette collaboration est variable d'un GMF à un autre. Cependant, elle tend à être optimisée dans la clinique où les professionnels

(psychologue et travailleur social) œuvrent sur place et où les participantes ont reçu une formation et bénéficient d'un outil spécifique pour la clientèle avec TMC.

Par contre, une pratique de soins et de services partagés, c'est-à-dire une pratique où les professionnels et la personne et sa famille travaillent réellement en interdisciplinarité avec un plan et des objectifs communs (Careau et al., 2014), est le type de pratique associé à des résultats positifs pour la santé des personnes avec un TMC en SPL (Archer et al., 2012). Ce type de pratique n'a pas été relaté par les participantes.

Compétences cliniques des infirmières

La pratique infirmière dans le suivi des MC est vaste, axée sur les besoins de la clientèle et met à profit plusieurs activités et compétences cliniques (Chouinard et al., 2015) qui sont prévues dans le cadre législatif québécois et canadien (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2005; OIIQ, 2016). Par contre, les résultats démontrent qu'il existe un écart entre les compétences cliniques en santé mentale attendues des infirmières québécoises par l'OIIQ (2009) et entre celles perçues par les participantes dans les deux domaines d'activité suivants : évaluation de la condition mentale et physique et suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.

En ce qui concerne l'évaluation de la condition de santé mentale et physique, les participantes ont expliqué qu'elles ne se sentaient pas pleinement habilitées à effectuer cette activité qui leur est réservée. Toutefois, les résultats démontrent que les participantes ont les connaissances et les habiletés suffisantes pour collecter les données reliées à l'évaluation de la condition mentale de la personne en la questionnant directement. Par

contre, les infirmières perçoivent qu'elles sont moins habilitées à analyser les données recueillies. En effet, ces dernières peuvent éprouver de la difficulté à « établir les liens entre les données objectives, subjectives, les comportements de la personne, les symptômes et les critères diagnostiques des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale selon une classification reconnue » et à « distinguer les symptômes liés à un problème de santé physique pouvant interférer avec le trouble mental » (OIIQ, 2009, p.46). Le manque de connaissances exprimé par les participantes concernant les TMC peut expliquer cet écart entre les compétences attendues par l'OIIQ (2009) et celles perçues par les participantes. Les résultats démontrent que certaines participantes éprouvent également de la difficulté à « décider de la pertinence d'utiliser un outil de mesure pour compléter l'évaluation de la situation de santé et l'utiliser de façon appropriée » (OIIQ, 2009, p.46). En effet, l'utilisation d'outils de dépistage des troubles anxieux et dépressifs une fois les données recueillies n'est pas une pratique courante pour l'ensemble des participantes.

De plus, l'OIIQ (2009) s'attend à ce qu'une infirmière détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières, qui exerce le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes, soit en mesure d'utiliser les principes de base et les outils propres aux approches thérapeutiques les plus courantes. Toutefois, les résultats démontrent que les participantes ont un manque de connaissance concernant les approches thérapeutiques à utiliser en fonction du trouble mental de la personne selon les lignes directrices. Quelques participantes ont rapporté être familières avec l'approche motivationnelle utilisée ici dans la modification des habitudes de vie pour le soutien à l'autogestion des MC physiques. Toutefois, aucune n'a rapporté utiliser les principes de la thérapie cognitivo-

comportementale ou encore ceux de la thérapie de résolution de problème qui sont recommandées comme interventions psychologiques de faible intensité pour les TMC (Jorm, Allen, Morgan, & Purcell, 2009; Katzman, Bleau, Blier, Chokka, Kjernisted, & Van Ameringen, 2014; Fournier, Roberge, & Brouillet, 2012).

La majorité des participantes sont détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières; néanmoins, elles ont rapporté que leur formation académique de même que la formation continue offerte dans les milieux n'étaient pas suffisantes. Il ressort donc que la formation initiale des infirmières et la formation continue ne soutiennent pas efficacement les infirmières dans la prise en charge de cette clientèle. Ce constat concernant les compétences cliniques en santé mentale des participantes dans ces deux domaines d'activités nécessite d'être explorées davantage dans de futurs travaux de recherche.

Facteurs qui influencent les activités infirmières

Les résultats ont démontré que plusieurs facteurs peuvent influencer la mise en œuvre de certaines activités par les infirmières de GMF. Tout d'abord, les activités entreprises par les infirmières liées au TMC d'une personne avec MC physiques sont variables d'un GMF à un autre et d'une infirmière à une autre. Une variabilité dans la pratique des infirmières quant aux moyens entrepris pour détecter la dépression et pour soutenir une personne qui présente une MC physique et une dépression a aussi été notée par Watherworth et al. (2015). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette variabilité, dont le contexte de pratique et les modalités mises en place dans le milieu pour favoriser l'intégration des soins de santé physique et mentale par l'équipe interdisciplinaire (Maxwell et al., 2013). Aussi, le niveau

de compétences cliniques de l'infirmière et son degré d'aisance à intervenir auprès des personnes avec un TMC pourrait expliquer la variabilité des activités d'une infirmière à une autre (Watherworth et al., 2015).

Au niveau provincial, une variabilité dans l'ensemble des activités infirmières d'un GMF à un autre est également présente depuis l'implantation des GMF (OIIQ/FMOQ, 2005; Beaulieu et al., 2006). Cette variabilité pourrait être liée au fait que le partage des responsabilités entre les infirmières et les médecins s'établit selon des modalités différentes d'un GMF à un autre (Beaulieu et al., 2006). Ce facteur a d'ailleurs été identifié dans notre étude et fait référence au choix de l'offre de services des infirmières. Selon Beaulieu et al. (2006), dans certains GMF, les activités des infirmières s'avèrent plutôt ponctuelles et moins orientées vers une prise en charge globale de la clientèle. Ceci suggère que les infirmières qui expriment faire le suivi du TMC « par la bande » d'une personne qui devait préalablement être vue pour une MC physique, sont davantage issues d'un GMF où les activités sont ponctuelles plutôt qu'orientées vers une prise en charge globale de la personne avec MC physiques.

Le choix de l'offre de services et le partage de responsabilités entre l'infirmière et le médecin peuvent également être influencés par la connaissance des compétences cliniques de l'infirmière par le médecin et de sa capacité à assurer le suivi d'une clientèle (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009). Cette connaissance par le médecin favoriserait la confiance qu'il a à l'égard de l'infirmière (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009; Roy & Sylvain, 2004). Effectivement, les infirmières du GMF ayant reçu de la formation et où un outil

d'évaluation a été développé par l'équipe sont beaucoup plus impliquées dans le suivi conjoint avec le médecin de la clientèle avec TMC que les infirmières des autres GMF.

Une diversité dans les pratiques des infirmières de SPL semble être présente ailleurs au Canada (Allard, Frego, Katz, & Halas, 2010). En Ontario ainsi que sur l'ensemble du territoire canadien, il existerait un manque de clarté quant au rôle de l'infirmière en SPL (Martin-Misener & Bryant-Lukosius, 2014; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). Ceci fait en sorte que les infirmières peuvent avoir de la difficulté à bien saisir l'étendue de leur pratique professionnelle (Martin-Misener & Bryant-Lukosius, 2014). Mais encore, cela peut expliquer le fait que certaines infirmières de GMF ont l'impression de ne pas être le bon professionnel pour prendre en charge cette clientèle complexe.

Finalement, les participantes de l'étude de Waterworth et al. (2015) ont elles aussi souligné l'importance de la relation thérapeutique dans le suivi de cette clientèle. Ces auteurs ont fait valoir que le fait de connaître la personne depuis quelque temps facilite l'observation de tout changement de comportements. De plus, les personnes qui consultent en SPL seraient plus à l'aise à révéler leurs symptômes dépressifs à un professionnel de la santé avec qui une relation existe déjà depuis quelques années (Schumann, Schneider, Kantert, Löwe, & Linde, 2013). D'ailleurs, la création d'une relation thérapeutique a été rapportée par les participantes comme étant favorable aux échanges d'informations personnelles chez la personne avec une MC physique.

Forces et limites de l'étude

La description détaillée des activités des infirmières de GMF auprès des personnes avec MC physiques et TMC permet d'avoir un premier portrait de ce qui est actuellement fait par ces dernières dans certains GMF du Québec. Étant donné la variabilité des activités infirmières d'un GMF à un autre, le nombre de GMF (N=7) au sein desquels les participantes ont été recrutées, a permis de découvrir plusieurs activités infirmières réalisées auprès de la clientèle à l'étude. De plus, des pratiques exemplaires ont pu être identifiées dans un GMF, ce qui a enrichi la gamme des activités pouvant être réalisées. Par ailleurs, la codification avec plus d'un chercheur et les rencontres avec le comité d'encadrement pour discuter des résultats ont assuré une meilleure crédibilité des résultats en diminuant le niveau de subjectivité pouvant être présent avec un seul chercheur. Les notes du journal de bord ont permis à l'étudiante de se distancer des données ce qui contribue aussi à diminuer le niveau de subjectivité. Le processus itératif a permis de bonifier le guide d'entrevue après chaque entrevue et d'enrichir les données des entrevues subséquentes.

Toutefois, les données recueillies sont uniquement issues d'entrevues qualitatives auprès des infirmières. N'étant pas dans l'action, les infirmières peuvent avoir oublié de mentionner des éléments importants de leur pratique. De plus, un biais de désirabilité sociale peut également avoir influencé les résultats. C'est-à-dire que certaines infirmières ont pu bonifier leur pratique lors des entrevues par crainte de déplaire au chercheur. L'observation de rencontres entre une personne avec MC physiques et un TMC et l'infirmière aurait assuré une meilleure crédibilité des résultats. Des entrevues auprès des

personnes et de leur famille auraient également permis d'explorer leur perception quant au suivi et aux soins qu'elles reçoivent par les infirmières de GMF. Pour terminer, la participation d'un plus grand nombre d'infirmières de GMF à travers le Québec aurait permis d'avoir un meilleur portrait de la situation globale. Les résultats peuvent toutefois s'appliquer dans des contextes similaires.

CONCLUSION

Les infirmières de GMF réalisent différentes activités pour le TMC d'une personne qui présente des symptômes dépressifs ou anxieux durant son suivi pour sa MC physique (évaluation de la condition de santé physique et mentale, planification des soins et du suivi infirmier, relation thérapeutique, promotion de la santé et collaboration interprofessionnelle). Cependant, ces activités ne sont pas similaires dans tous les GMF et sont influencées par divers facteurs dont les compétences cliniques en santé mentale des infirmières. De plus, la collaboration interprofessionnelle ne semble pas optimale pour répondre à la complexité des soins des personnes avec MC physiques présentant des TMC. Finalement, bien qu'elles réalisent actuellement une étendue considérable d'activités auprès de cette clientèle, les infirmières de GMF ne jouent pas un rôle optimal dans le traitement des TMC en SPL.

Les futurs travaux de recherche devraient porter sur le développement des compétences cliniques en santé mentale des infirmières de SPL de même que sur les stratégies efficaces pour améliorer les pratiques collaboratives dans la prise en charge de cette clientèle complexe et grandissante. Bien qu'il existe plusieurs modèles de soins en collaboration efficaces pour les soins offerts à cette clientèle, ils doivent être adaptés au contexte de pratique québécois et tenir compte des différents facteurs qui influencent les pratiques des professionnels de la santé en GMF. Par ailleurs, plusieurs études ont mis en évidence les activités pouvant être réalisées par les infirmières de SPL. Des outils validés pour le dépistage des TMC ainsi que pour le soutien à l'autogestion sont également disponibles, mais peu utilisés en pratique clinique. Par conséquent, des moyens pour mieux transmettre ces données probantes aux infirmières de SPL doivent être déployés par la

communauté de recherche en sciences infirmières afin de faciliter l'accès à des ressources et à de la formation continue sur le sujet.

En ce qui concerne la pratique clinique, les infirmières de GMF devraient mieux cibler et exprimer, auprès des gestionnaires et des médecins responsables, leurs besoins en matière de ressources et de formation continue en santé mentale. De plus, des modalités claires concernant les soins offerts à cette clientèle entre l'équipe du GMF et l'équipe spécialisée en santé mentale sont de mises pour améliorer les pratiques collaboratives. Les effets de la pratique en collaboration sur la santé des personnes avec un TMC ont clairement été démontrés et demeurent une des solutions pour l'amélioration des soins offerts à cette clientèle.

Finalement, il serait pertinent que les directions des programmes de formation en sciences infirmières au Québec s'interrogent sur le contenu enseigné relativement aux TMC (évaluation, outils de dépistage, approches thérapeutiques pour le soutien à l'autogestion, pratique de collaboration). De plus, les résultats issus de ce mémoire soulèvent un questionnement sur l'intégration des connaissances en matière de santé physique et mentale des infirmières lors du suivi d'une personne ayant une MC physique et un TMC; est-ce que les programmes de formation en sciences infirmières, tels qu'ils sont actuellement conçus, favorisent l'intégration des connaissances au niveau de la santé mentale et physique des futures infirmières?

RÉFÉRENCES

- Academy of Nursing Psychiatric Mental Health Substance Abuse Expert Panel. (2012). Essential psychiatric, mental health and substance use competencies for the registered nurse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 80-110.
- Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ministre des travaux publics et services gouvernementaux du Canada. Ottawa.
- Allard, M., Frego, A., Katz, A., & Halas, G. (2010). Exploring the role of RNs in family practice residency training programs. *Canadian Nurse*, 106(3), 20-24.
- Alderson, S. L., Russell, A. M., McLintock, K., Potrata, B., House, A., & Foy, R. (2014). Incentivised case finding for depression in patients with chronic heart disease and diabetes in primary care: An ethnographic study. *BMJ Open*, 4(8), 1-9.
- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165-1173.
- Andrews, G., Brugha, T., Thase, M. E., Duffy, F. F., Rucci, P., & Slade, T. (2007). Dimensionality and the category of major depressive episode. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 (SI), 41-51.
- Andriopoulos, P., Lotti-Lykousa, M., Pappa, E., Papadopoulos, A. A., & Niakas, D. (2013). Depression, quality of life and primary care: A cross-sectional study. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 3(4), 245-252.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 49-55.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., ... Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1-280.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). Les maladies chroniques et les soins infirmiers : résumé des enjeux. Ottawa.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manuals of Mental disorders (5^e éd.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380, 37-43.
- Barrera, T. L. & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090.
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., & Steiner, J. F. (2007). Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Annals of Family Medicine*, 5(5), 395-402.
- Bayliss, E. A., Steiner, J. F., Fernald, J. F., Crane, L. A., & Main, D. S. (2003). Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 15-21.
- Beaulieu, M. D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, E., ... Lebeau, H. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Montréal: Chaire docteur Sadok Besrour en médecine de famille.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., & Sutton, A. (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: Systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry*, 189, 484-493.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., . . . Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) : Québec.
- Chin, W. Y., Choi, E. P. H., Wan, E. Y. F., & Lam, C. L. K. (2016). Health-related quality of life mediates associations between multi-morbidity and depressive symptoms in Chinese primary care patients. *Family Practice*, 33(1), 61-68.

- Chouinard, M. C., Poitras, M. E., Lavoie, M., Godbout, J., Boulianne, I., Bouchard, M., ... Poirier, D. (2015). *Le rôle de l'infirmière en maladies chroniques (Avis)*. Commission infirmière régionale du Saguenay-Lac-Jean : Chicoutimi.
- Chouinard, M. C., Hudon, C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., ... Sasseville, M. (2013). Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 13(49), 2-13.
- Combs, H. & Markman, J. (2014). Anxiety disorders in primary care. *Medical Clinics of North America*, 98(5), 1007-1023.
- Cormier, S. (2016). *Counseling strategies and interventions for professional helpers* (9^e éd.). Hoboken, NJ : Pearson.
- Coventry, P. A., Dickens, C., & Todd, C. (2014). How does mental-physical multimorbidity express itself in lived time and space? A phenomenological analysis of encounters with depression and chronic physical illness. *Social Science & Medicine*, 118(0), 108-118.
- Coventry, P. A., Hays, R., Dickens, C., Bundy, C., Garrett, C., Cherrington, A., & Chew-Graham, C. (2011). Talking about depression: A qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC Family Practice*, 12, (11), 2-11.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Croghan, T. W. & Brown, J. D. (2010). *Integrating mental health treatment Into the patient centered medical home*. Repéré à www.ahrq.gov
- Currid, J. T., Turner, A., Bellefontaine, N., & Spada, M. M. (2012). Mental health issues in primary care : Implementing policies. *British Journal of Community Nursing*, 17(1), 21-26.
- D'Amour, D., Goudreau, J., Hudon, M. D., Lamothe, L., Jobin, G., & Gilbert, F. (2008). L'essor des soins infirmiers en GMF. *Perspective infirmière*, 5(7), 4-11.

- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301.
- DeJesus, R. S., Howell, L., Williams, M., Hathaway, J., & Vickers, K. S. (2014). Collaborative care management effectively promotes self-management: Patient evaluation of care management for depression in primary care. *Postgraduate Medicine*, 126(2), 141-146.
- Delaney, K. R., Robinson, K. M., & Chafetz, L. (2013). Development of integrated mental health care: Critical workforce competencies. *Nursing Outlook*, 61(6), 384-391.
- de Miranda Azevedo, R., Roest, A. M., Hoen, P. W., & de Jonge, P. (2014). Cognitive/affective and somatic/affective symptoms of depression in patients with heart disease and their association with cardiovascular prognosis: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(13), 2689-2703.
- Direction du programme de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. (2015). *Cahier du programme de résidence en médecine familiale*. Montréal.
- Dowrick, C. F. (2006). Chickens and eggs: examining the links between mental health and Chronic Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(3), 263-267.
- Eisner, M. D., Blanc, P. D., Yelin, E. H., Katz, P. P., Sanchez, G., Iribarren, C., & Omachi, T. A. (2010). Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax*, 65(3), 229-234.
- Ekers, D., Murphy, R., Archer, J., Ebenezer, C., Kemp, D., & Gilbody, S. (2013). Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 14-22.
- Ekers, D. & Wilson, R. (2008). Depression case management by practice nurses in primary care: An audit. *Mental Health in Family Medicine*, 5(2), 111-119.
- Émond, J. G., Pettigrew, J., Côté, C., Lalancette, J., Sasseville, D. L., Mageau, A., ... Racette, L. (2003). *Devenir un GMF : guide d'accompagnement. Le Groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A., & Lapointe, L. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Annals of Family Medicine*, 3(3), 223-228.
- Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012) – *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM.
- Fournier, L., Poirer, L. R., Aubé, D., Chartrand, E., Duhoux, A., Roberge, P., ... Descôteaux, S. (2011). *Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : Accompagnement et suivi*. Repéré à www.fcrss.ca
- Gilbody, S., Sheldon, T., & House, A. (2008). Screening and case-finding instruments for depression: A meta-analysis. *CMAJ*, 178(8), 997-1003.
- Golden, S. H., Lazo, M., Carnethon, M., Bertoni, A. G., Schreiner, P. J., Diez Roux, A. V., ... Lyketsos, C. (2008). Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *Journal of American Medical Association*, 299(23), 2751-2759.
- Grove, S.K., Burns, N., & Gray, J.R. (2013). *The practice of nursing research. Apraisal, synthesis, and generation of evidence* (7^e éd.). St-Louis, MR : Elsevier.
- Gunn, J. M., Ayton, D. R., Densley, K., Pallant, J. F., Chondros, P., Herrman, H. E., & Dowrick, C. F. (2012). The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 175-184.
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., & Blashki, G. (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*, 6, 88.
- Halcomb, J. E., Salomonson, Y., Davidson, P. M., Kaur, Y., & Young, A. S. (2014). The evolution of nursing in Australian general practice : A comparative analysis of workforce surveys ten years on. *BMC Family Practice*, 15(52), 1-10.
- Hendrix, C. C., Pereira, K., Bowers, M., Brown, J., Eisbach, S., Briggs, M. E., ... Braxton, L. (2015). Integrating mental health concepts in the Care of Adults With Chronic

- Illnesses: A Curricular Enhancement. *Journal of Nursing Education*, 54(11), 645-649.
- Higgins, R. O., Murphy, B. M., Nicholas, A., Worcester, M. U. C., & Lindner, H. (2007). Emotional and adjustment issues faced by cardiac patients seen in clinical practice: A qualitative survey of experienced clinicians. *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation And Prevention*, 27(5), 291-297.
- Higgins, R. (2016, février). *Psychological impact of chronic disease: normal adjustment or pathological? The Cardiac Blues project*. Communication présentée à Chronic Disease and Mentale Health Symposiums, Australia.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and health care* (3^e éd.). Oxford : Wiley- Blackwell.
- Jani, B. D., Purves, D., Barry, S., Cavanagh, J., McLean, G., & Mair, F. S. (2013). Challenges and implications of routine depression screening for depression in chronic disease and multimorbidity: A cross sectional study. *PLoS One*, 8(9), e74610.
- Joffres, M., Jaramillo, A., Dickinson, J., Lewin, G., Pottie, K., Shaw, E., ... Tonelli, M. (2013). Why screening for depression in primary care is impractical. *Canadian Medical Association Journal*, 185(9), 753-754.
- Jorm, A. F., Allen, N. B., Morgan, A. J., & Purcell, R. (2009). *A guide to what works for depression*. Repéré à <https://www.beyondblue.org.au/>
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E., & Simon, G. (2001). Rethinking roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *General Hospital Psychiatry*, 23, 138-144.
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147-155.
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., ... McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *The New England Journal of Medicine*, 363(27), 2611-2620.

- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., . . . Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14 (Suppl 1), 2-83.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monohan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care : Prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.
- Leclerc, G. (2015). *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 : Vérification de l'optimisation des ressources*. Québec.
- Leprohon, J., Lessard, L., Lévesque-Barbès, H., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : Compétences initiales* (2e éd.). Westmount, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- Martin-Misener, R. & Bryant-Lukosius, D. (2014). *Optimizing the Role of Nurses in Primary Care in Canada*. Canadian Nurses Association: Ottawa.
- Maxwell, M., Harris, F., Hibberd, C., Donaghy, E., Pratt, R., Williams, C., ... Burton, C. (2013). A qualitative study of primary care professional's views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary hearth disease in the UK. *BMC Family Practice*, 14(46), 1-8.
- McKinlay, E., Garrett, S., McBain, L., Dowell, T., Collings, S., & Stanley, J. (2011). New Zealand general practice nurses' roles in mental health care. *International Nursing Review*, 58, 225-233.
- Miles, M.B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2009). *Sondage auprès des infirmières des Groupes de médecine de famille du Québec (2007-2008)*. Québec : Canada.
- National Institute For Health and Clinical Excellence. (2007). *How to change practice: Understand, identify, and overcome barriers to change*. Repéré à www.nice.org.uk

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management*. Repéré à guidance.nice.org.uk/cg91
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Common mental health disorders*. Repéré à guidance.nice.org.uk/cg123
- Nezafati, M. H., Vojdanparast, M., & Nezafati, P. (2015). Antidepressants and cardiovascular adverse events: A narrative review. *ARYA Atherosclerosis, 11*(5), 295-304.
- Norberg, M. M., Diefenbach, G. J., & Tolin, D. F. (2008). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1516-1522.
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 21*(1), 58-71.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27*(5), 572-581.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2005). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Québec : Canada
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider*. Rapport du comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques. Repéré à www.oiiq.org
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2012). *Mémoire en soutien à la création d'une classe de spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie incluant la formation relative à l'évaluation des troubles mentaux*. Repéré à www.oiiq.org
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières* (2e éd). Repéré à www.oiiq.org

- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Suisse.
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Santé mentale : renforcer notre action*. Aide-mémoire no 220. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. France.
- Paille, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directif : Un modèle et une illustration*. Communication au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences.
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods (4th ed.)*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Pelletier, F. (2008). *L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec* (Mémoire). Université Laval, Québec.
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing* 15(31), 1-12.
- Pooler, A. & Beech, R. (2014). Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: A systematic review. *International Journal of COPD*, 9, 315-330.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2012). *Primary solutions for primary care: Maximizing and expanding the role of the primary care nurse in Ontario*. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).
- Ricard, N., Page, C., & Laflamme, F. (2014). La pratique infirmière avancée : un choix qui s'impose pour la qualité des soins et services en santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, XXXIX(1), 137-157.
- Roberge, P., Hudon, C., & Girard, A., Vanasse, A., Giroux M., Christine L., Isabelle G., Giroux, M., Beaulieu, M.-C., De Pauw, A., Pavilanis, A., Grégoire, E., Lemieux, M., Benoit, A., & Brouillet, H. (2015). *Enhancing the mental health care experience of patients with common mental disorders and chronic medical conditions: Perceived needs, barriers and facilitators*. NAPCRG PBRN Conference. 29 et 30 Juin 2015, Bethesda (USA).

- Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., Nguyen, C. T., & Smolders, M. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 321-330.
- Roberts, S. H. & Bailey, J. E. (2011). Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: A narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 690-708.
- Roy, D. & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*, 2(1), 1-9.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 208-225.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College Cardiology*, 45(5), 637-651.
- Sandelowski, M. (1995). Focus on qualitative methods. Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods: Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77-84.
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 21(4), 193-202.
- Scanlan, M., Smart, D., Gregory, S., Armstrong, E., & Parkes, J. (2006). Evaluation of the effect of practice nurses on the management of depression. *Primary Care Mental Health*, 4, 107-112.

- Schumann, I., Schneider, A., Kantert, C., Löwe, B., & Linde, K. (2012). Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: A systematic review of qualitative studies. *Family Practice*, 29(3), 255-263.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., ... Von Korff, M. (2007). Depression–anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1–3), 113-120.
- Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2009). Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: A randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Services Research*, 9, (90), 1-10.
- Siddiqui, S. (2014). Depression in type 2 diabetes mellitus: A brief review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 8(1), 62-65.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 51(2), 100-113.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5e éd.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Teesson, M., Mitchell, P. B., Deady, M., Memedovic, S., Slade, T., & Baillie, A. (2011). Affective and anxiety disorders and their relationship with chronic physical conditions in Australia: Findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 939-946.
- Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsiidis, K. K., Patel, U., ... Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. Review of the evidence. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 30-38.
- Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., de Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A., ... Ziegelstein, R. C. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 184(4), 413-418.

- Unützer, J., Harbin, H., Schoenbaum, M., & Druss, B. (2013). *The collaborative care model : An approach for integrating physical and mental health care in medicaid health homes*. Health Home Information Resource Center. Repéré à <http://www.medicaid.gov>.
- Van den Akker, M., Buntinx, F., & Knottnerus, J.A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: What's in a name? A review of litterature. *European Journal of General Practice* 2, 65-70.
- Van der Kooy, K., van Hout, H., Marwijk, H., Marten, H., Stehouwer, C., & Beekman, A. (2007). Depression and the risk for cardiovascular diseases: Systematic review and meta analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(7), 613-626.
- Von Korff, M. & Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression: The whole process of care needs to be enhanced. *British Medical Journal*, 323(7319), 948-949.
- Von Korff, M. & Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Culture and Medicine*, 172(133-137).
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quartely*, 74(4), 511-544.
- Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2562-2570.
- Watzke, B., Heddaeus, D., Steinmann, M., Konig, H. H., Wegscheider, K., Schulz, H., & Harter, M. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: Study protocol of a cluster-randomized controlled in routine care. *BMC Psychiatry*, 14(230), 2-13.
- Wong, S. T., Manca, D., Barber, D., Morkem, R., Khan, S., Kotecha, J., ... Patten, S. (2014). The diagnosis of depression and its treatment in Canadian primary care practices: An epidemiological study. *Canadian Medical Association Journal Open*, 2(4), 337-342.

**Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi**



Centre hospitalier affilié universitaire régional

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(CLINICIENS)**

Titre du projet :	Analyse des besoins et de la perception des barrières et facilitants associés à l'implantation de changements dans les pratiques cliniques pour les troubles mentaux courants chez les patients atteints de maladies chroniques
Chercheur responsable du projet de recherche :	Pasquale Roberge, PhD, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke
Cochercheurs :	Catherine Hudon, MD, PhD; Alain Vanasse, MD, PhD, Marie Giroux, MD; Christine Loignon, Ph.D; Isabelle Gaboury, PhD; Marie-Claude Beaulieu, MD (tous du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke)
Organisme subventionnaire :	Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) dans le cadre du financement du projet Réseau-1 Québec - Réseau de connaissances en soins et services de la première ligne au Québec

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche a pour but d'étudier la perception des cliniciens et des patients quant à la prestation des soins en première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques physiques et d'un trouble anxieux ou dépressif. Des entrevues individuelles auront lieu à l'UMF-GMF des Deux-Rives de Sherbrooke, à l'UMF-GMF du CSSS de Chicoutimi et à l'UMF-GMF du Centre hospitalier de St. Mary à Montréal. Notre échantillon est composé de médecins, infirmières et autres professionnels œuvrant en santé mentale (entre 20 et 25) et de patients qui présentent une maladie chronique physique et un trouble anxieux et/ou dépressif (entre 15 et 20) (pour un total d'environ 45 personnes) répartis également entre les trois UMF-GMF qui participent au projet.

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 11 juin 2014 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Déroulement du projet de recherche

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez convoqué à une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes qui aura lieu à la clinique où vous travaillez. Cette entrevue sera enregistrée sur support audio et réalisée par un membre de l'équipe de recherche. Les entrevues seront réalisées auprès de médecins, infirmières et autres professionnels œuvrant en santé mentale pour explorer des thèmes tels que les attitudes et connaissances, la perception des rôles, les pratiques cliniques actuelles, l'accès à la psychothérapie, la collaboration interprofessionnelle, la gestion des priorités cliniques, etc.

Advenant le cas où cela soit nécessaire, il est possible que nous fassions de nouveau appel à vous afin de compléter les informations obtenues ou pour valider certaines informations.

Collaboration du participant au projet de recherche

Votre participation ne requiert pas de préparation particulière. Nous vous demandons de tenter de porter une attention particulière afin de ne pas donner les prénoms et noms de professionnels de la santé ou de patients afin de respecter la confidentialité et l'anonymat des individus.

Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Cette recherche ne comporte pas de risques ou inconvénients pour les personnes qui y participent.

Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Le chercheur responsable du projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les réponses que vous fournirez lors de l'entrevue et des renseignements sociodémographiques tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance, et votre origine ethnique.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet. Toutes les données électroniques seront conservées dans l'ordinateur protégé par mot de passe de la professeure Pasquale Roberge dans son bureau à l'Université de Sherbrooke.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, de même que les enregistrements seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations

Financement du projet de recherche

Pour mener à bien ce projet de recherche, le chercheur a reçu des fonds du Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) dans le cadre du financement du projet Réseau-1 Québec (Réseau de connaissances en soins et services de la première ligne au Québec).

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation au projet de recherche.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant au projet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche, la cochercheuse responsable au CSSSC ou avec l'assistante de recherche aux numéros suivants :

Chercheure responsable : Professeure Pasquale Roberge au (819) 820-6868 poste 13814
(Sherbrooke) (les jours ouvrables)

Cochercheure responsable : Docteure Catherine Hudon au (418) 541-1234 poste 2281
(Chicoutimi) (les jours ouvrables)

Assistante de recherche : Annie Benoit au (844) 820-6427 (sans frais)
(les jours ouvrables)

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, au numéro suivant: (418) 541-7026.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes les questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité, Madame Christine Gagnon au (418) 541-1234 poste 3294.

Consentement

Titre du projet : Analyse des besoins et de la perception des barrières et facilitateurs associés à l'implantation de changements dans les pratiques cliniques pour les troubles mentaux courants chez les patients atteints de maladies chroniques

I. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

II. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant au projet de recherche

Date

III. CONTACT POUR UNE ÉTAPE ULTÉRIEURE DU PROJET

1) Acceptez-vous que l'on vous recontacte afin de compléter les informations obtenues ou pour valider certaines informations advenant le cas où cela serait nécessaire?

Oui ☐

Non ☐

Nom et signature du participant au projet de recherche

Date

IV. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Appendice B

Canevas d'entrevue pour les infirmières

- Important de ne pas trop diriger l'entrevue.
- Les premières questions sont les plus importantes.
- Les autres permettent d'approfondir au besoin.
- Pour chaque sous-section, terminer en demandant quels sont les défis et les enjeux.
- Deux principaux objectifs visés par ces entrevues :
 - ♦ Décrire la pratique des infirmières de GMF auprès des PAMC présentant des troubles mentaux courants.
 - ♦ Identifier des pistes d'amélioration

1. Rôle actuel à l'UMF:

- Vos responsabilités et vos fonctions
- Implication auprès des patients avec MC & problèmes de SM, dont l'anxiété et la dépression

2. Selon votre expérience, chez les personnes atteintes d'une MC, les problèmes de santé mentale:

- Une problématique fréquente dans votre pratique clinique?
- Anxiété et dépression, sont-ils les problèmes de SM les plus fréquents?
- Mis à part l'anxiété et la dépression, quels sont les autres problèmes de santé mentale que vous rencontrez dans votre pratique?
- Variations dans leur prévalence en fonction de la MC ou d'autres caractéristiques du patient?
- Quels sont les barrières et les facilitants lors du suivi systématique d'une maladie chronique physique chez un patient ayant un problème de santé mentale ?
- Qu'est-ce qui facilite ce suivi?

3. La détection des troubles anxieux et dépressifs chez les patients avec MC

- Défis particuliers?
- Défis liés à Attribution / différenciation / perception des symptômes – liés à la MC ou à TA

Exemple – Fatigue est un Sx commun à MC et TD

- Symptômes rapportés par le patient ou suite au questionnement?
- Pratiques de dépistage systématique de l'anxiété/la dépression chez les patients avec MC: Où? Quand? Comment? Par qui?
- Utilisation d'outils ou questionnaires de dépistage

4. L'évaluation :

- Bien outillé pour l'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs?
- Défis supplémentaires chez les patients avec MC?
- Références pour une évaluation plus poussée? Si oui, vers qui?
- Accès à des ressources au besoin? Psychiatre répondant ou autre?
- Comment pourrait-on améliorer les choses en ce qui concerne l'évaluation des troubles anxieux et dépressifs? (Barrières et facilitants)

5. L'éducation du patient concernant les troubles mentaux

- Renseignements/outils d'information sur la maladie, son évolution, les traitements disponibles?
- Les ressources disponibles? Si oui, lesquelles?
- Des pistes d'amélioration? Ressources accessibles dans votre milieu ou manquantes?
- Dans une optique de prévention, croyez-vous qu'il serait pertinent de parler des troubles mentaux courants aux PAMC présentant des risques ? Si oui, de quelle façon leur expliqueriez-vous?
- Quelles sont les raisons qui pourraient vous faire éviter de discuter de troubles mentaux avec les PAMC?

6. Le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients avec MC - points généraux

- Soins et services habituellement offerts pour un trouble anxieux/une dépression
- Défis particuliers dans l'offre de soins? Différent chez les patients avec MC?
- Principaux critères qui guident le choix d'un traitement (pharmaco, psycho ou autre)
- Utilisation des GPC et autres outils d'aide à la décision clinique
- Rôle du patient (et proches) dans la prise de décision - comment? (*possibilité d'ouvrir sur les patients ambivalents ou qui refusent des soins*)

7. Traitement pharmacologique

- Principaux critères qui guident la modification d'un traitement (*p.ex. outils – lesquels et comment / si non – serait-ce utile?*)
- Collaboration avec d'autres professionnels:
 - Collaboration avec d'autres professionnels (p.ex. soins infirmiers, psychiatrie, pharmacie)
 - Où? UMF, CSSS, Services spécialisés
 - Comment? Mécanismes de collaboration (p.ex. réf, suivi avec autres prof.)
 - - à l'UMF ou à quels endroits?
- Enjeux particuliers associés à l'utilisation d'un traitement pharmacologique
- Des pistes d'amélioration de la qualité des soins?
- En tant qu'infirmière, croyez-vous avoir un rôle à jouer quant au suivi du traitement pharmacologique? Si oui comment ?

8. La psychothérapie

- Principaux critères encadrant le choix d'une psychothérapie
- Principaux critères encadrant le choix d'un type de psychothérapie (ex. thérapie cognitive comportementale, psychothérapie interpersonnelle, soutien, résolution de problèmes)?
- Offert seul ou en traitement combiné (pharmacothérapie et psychothérapie)
- Est-ce que vous vous impliquez dans la prestation de la psychothérapie: offre, référence, etc.
- *Est-ce que la psychothérapie est une option de traitement disponible dans votre réseau?
- Avez-vous des ententes de collaboration avec des partenaires de votre réseau afin d'en faciliter l'accès?
- Enjeux particuliers associés à la psychothérapie
 - Collaboration avec d'autres professionnels (p.ex. psychologie, psychiatrie)
 - Où? UMF, CSSS, Services spécialisés
 - Comment? Mécanismes de collaboration (p.ex. réf, suivi avec autres prof.)
 - *Si oui, quels types de psychothérapie spécifiques sont disponibles dans votre réseau?
 - Quels sont les enjeux liés à?
- Quelles sont des pistes de solution pour améliorer l'accès à la psychothérapie?

9. Autres types d'intervention (*faible intensité*)

- Quelles sont les mesures qui ont été mises en place dans votre milieu à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux courants ?
- Bibliothérapie (livres, sites internet, guides d'autosoins)?
- Soutien à l'autogestion des soins ?
- Psychothérapie LI - Entrevue motivationnelle, Activation comportementale, Résolution de problème
- Exercices physiques
 - **Note à l'intervieweur** pour ces items, aller plus loin selon le cas pour approfondir la réponse. : **Si Oui**, y a-t-il des profils de patients à qui ces traitements s'adressent particulièrement / qui répondent bien à ces interventions. **Si vous n'offrez pas ces interventions**, jugez-vous que ce sont des interventions : Importantes? / Pertinentes? / Est-ce qu'il y a des barrières ou des facteurs qui faciliteraient l'accès et l'utilisation de ces interventions?

**** INF / Quelles sont les barrières à l'enseignement de l'autogestion d'une maladie chronique chez cette clientèle pour l'infirmière?**

10. Questions complémentaires sur le traitement:

- Avez-vous des modalités particulières pour assurer le suivi et la continuité des soins de ces patients avec MC et troubles mentaux? (p. ex. + fréquent, relance, coordination avec d'autres professionnels)
- Que faites-vous pour les patients qui ont un trouble léger ou qui refusent de débiter un traitement? Comment assurez-vous le suivi de la symptomatologie?
- Y a-t-il des enjeux particuliers liés à la continuité des soins? Des points à améliorer?
- **Crise et Urgence** - Avez-vous accès à des services pour les patients qui présentent un danger imminent ou immédiat pour eux-mêmes ou autrui en raison de leur état mental (situation de crise, dangerosité suicidaire élevée) et qui nécessitent une prise en charge rapide? (*ententes spécifiques, accessibilité et rapidité d'intervention*)
- Pouvez-vous me donner les caractéristiques des patients qui prennent bien en charge [leur maladie], avec qui c'est facile. À l'opposé, pouvez-vous me dresser le profil de patients qui présentent un grand défi.

11. Organisation des services et pratiques cliniques - Collaboration

Expliquer la différence entre ressource (CSSS, Organismes communautaires) et intervenants (psychologue, psychiatre répondant)

- Y a-t-il des contextes où vous vous sentez dépassé et que vous avez besoin de soutien pour ces patients?
- Quelles sont les ressources qui vous aident le plus dans votre pratique clinique pour mieux répondre aux besoins de santé mentale des patients qui souffrent de dépression /d'anxiété et d'une maladie chronique? De quelle manière ces ressources vous aident?
- Est-ce qu'il y a des ressources supplémentaires ou complémentaires qui pourraient vous aider à mieux répondre aux besoins de vos patients?
- Quel type de collaboration souhaiteriez-vous obtenir?
- Comment est-ce qu'ils pourraient vous aider?

12. Formation et développement professionnel

- Vous sentez-vous bien outillé pour travailler avec cette clientèle?
- Qu'est-ce qui a été utile dans votre formation pour la gestion des soins des patients?
- Besoins spécifiques en matière de formation?

13. En terminant...

- De manière générale, quelles sont les principales barrières que vous rencontrez pour offrir des soins et des services à cette clientèle?
- Est-ce que vous vous sentez à l'aise d'offrir des soins pour un trouble mental chez les patients qui ont des maladies chroniques?
- Personnellement, est-ce que travailler avec cette clientèle pose un défi particulier, par exemple par rapport aux attitudes, aux croyances envers les personnes qui ont une maladie chronique?
- Est-ce que vous observez auprès de vos collègues des enjeux par rapport aux attitudes et aux croyances?

- Quelles sont les compétences nécessaires à avoir pour travailler avec ce type de clientèle ?
- Est-ce qu'il y a d'autres sujets que vous aimeriez aborder ou des informations que vous estimez importantes et qui pourraient nous guider dans nos travaux qui ont comme objectif de mieux comprendre votre réalité et vos besoins lorsque vous devez traiter des patients atteints de maladies chroniques et de dépression ou de trouble anxieux?

Projet de recherche

**MALADIES CHRONIQUES ET SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ OU DE DÉPRESSION :
PARLEZ-NOUS DE VOTRE EXPÉRIENCE**

À compléter par l'interviewer:

No répondant: |__|__|__| No clinique: |__|__|

Vous êtes l'une des personnes invitées à participer à une entrevue individuelle sur les soins et services offerts aux patients souffrant de maladies chroniques et de symptômes d'anxiété ou de dépression. Vos réponses seront traitées de manière confidentielle par l'équipe de recherche, à partir d'une identification par un code de répondant. Aucune information ne permettra de vous identifier dans la diffusion des résultats. Votre participation à ce projet de recherche nous permettra de mieux comprendre vos besoins et ainsi de pouvoir identifier des pistes d'amélioration des soins et services offerts à la population québécoise.

MERCI ! VOTRE PARTICIPATION EST TRÈS APPRÉCIÉE !

Quelques instructions :

1. SVP, veuillez compléter le questionnaire **après votre entrevue**.
2. Si vous n'êtes pas à l'aise de répondre à une question, passez à la question suivante.
3. Vous devez encrer ou cocher **une seule réponse** par question.
4. Le questionnaire complété doit être acheminé à l'équipe de recherche à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.

1. Êtes-vous...

☐₁ Un homme

☐₂ Une femme

2. Quel âge avez-vous?

☐₁ 18-29 ans

☐₂ 30-39 ans

☐₃ 40-49 ans

☐₄ 50-59 ans

☐₅ 60-69 ans

☐₆ 70-79 ans

☐₇ 80 ans et plus

3. Profession

☐₁ Médecin de famille

☐₂ Psychologue

☐₃ Travailleur social

☐₄ Infirmière (spécifier rôle) : _____

☐₅ Autre : _____

4. Formation : Veuillez énumérez les diplômes que vous avez obtenus :

5. Nombre d'années d'expérience professionnelle depuis votre graduation: _____

6. Depuis combien d'années travaillez-vous à l'Unité de médecine de famille? _____

7. Votre pratique cible-t-elle particulièrement un ou des domaines particuliers ?

☐₁ Oui ☐₂ Non

Si oui, lesquels?

8. Dans une semaine type, combien d'heures travaillez-vous dans les lieux suivants ?

a) Sans rendez-vous ¹	.....h
¹ L'ensemble de la pratique sans rendez-vous devrait être inscrite dans cette case, et non dans les cases suivantes – qui excluent ainsi le sans rendez-vous.	
b) Unité de médecine familiale (UMF)	.....h
c) Clinique médicale (pratique en groupe)	.....h
d) Cabinet privé (pratique en solo)	.....h
e) CLSC	.....h
f) Urgence	.....h
g) CHSLD	.....h
h) Hôpital de soins généraux excluant l'urgence	.....h
i) Hôpital de soins psychiatriques excluant l'urgence	.....h
j) Autres - préciser	.....h

9. Dans une semaine type, quelle proportion de votre temps de travail est consacrée à chacune des activités suivantes ?

a) Soins directs aux patients sans composante d'enseignement%
b) Soins directs aux patients avec une composante d'enseignement%
c) Enseignement ou formation sans soins directs aux patients%
d) Comités des établissements de santé (comités de planification académique)%
e) Administration%
f) Recherche (y compris la gestion de la recherche et des publications)%
g) Gestion de votre pratique%
h) Éducation médicale continue ou développement professionnel continu%
i) Autre activité%

10. Considérant les douze derniers mois, quelle proportion de votre revenu professionnel provient de chacun des modes de rémunération suivants ?

a) À l'acte%
b) À salaire%
c) Mixte (forfait)%
d) Au tarif horaire%

11. Comment se répartissent « vos patients » dont vous assumez le suivi et la responsabilité à travers le temps, qu'ils soient vus lors de visites en rendez-vous ou en sans rendez-vous, **dans une semaine type** à l'Unité de médecine de famille? Notons que les catégories ne sont pas mutuellement exclusives et que le % total n'arrivera pas à 100%.

a) À combien estimez-vous le pourcentage de patients que vous suivez pour des <u>maladies chroniques physiques</u> ?%
b) À combien estimez-vous le pourcentage de patients que vous suivez pour des <u>troubles dépressifs</u> ?%
c) À combien estimez-vous le pourcentage de patients que vous suivez pour des <u>troubles anxieux</u> ?%
d) À combien estimez-vous le pourcentage de patients que vous suivez pour des <u>maladies chroniques physiques et troubles anxieux et/ou dépressifs concomitants</u> ?%

12. Combien de fois sont vus, en moyenne, au cours d'une année, vos patients ayant une maladie chronique et des troubles anxieux et/ou dépressifs? _____

13. Quel est le temps moyen de suivi avec vos patients de l'Unité de médecine de famille ayant :

- a) une maladie chronique? _____ minutes
b) une maladie chronique et un trouble anxieux et/ou dépressif? _____ minutes

14. Sur l'échelle suivante, veuillez indiquer le chiffre qui s'applique à votre situation. **1** signifie que vous n'êtes pas du tout à l'aise dans le suivi des patients avec des troubles anxieux et/ou dépressif et **10** signifie que vous êtes très à l'aise.

Pas du tout					Moyen					Élevé
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

a) Degré d'aisance par rapport à l'évaluation d'un trouble anxieux:	_____
b) Degré d'aisance par rapport à l'évaluation d'un trouble dépressif:	_____
c) Degré d'aisance par rapport au traitement d'un trouble anxieux:	_____
d) Degré d'aisance par rapport au traitement d'un trouble dépressif:	_____

15. Utilisez-vous l'un ou l'autre des services suivants ou réferez-vous des patients à ces services [pour santé mentale] ?

- ☐₁ Consultations médicales de groupe pour santé mentale
☐₂ Équipes interdisciplinaires ou soins partagés pour santé mentale
☐₃ Soutien téléphonique par ligne dédiée pour santé mentale
☐₄ Groupes de soutien pour les patients (par téléphone ou en personne) pour santé mentale
☐₅ Aucune référence aux services ci-dessus pour les patients atteints de maladie mentale

16. Sur l'échelle suivante, jusqu'à quel point avez-vous accès à un psychiatre répondant pour vous soutenir dans les soins et services auprès des patients de votre UMF avec des maladies chroniques et des troubles anxieux et/ou dépressif? (Encerclez la réponse correspondante.)

Pas du tout					Moyen					Élevé
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

17. À combien de demi-journées de formation médicale continue concernant la santé mentale avez-vous assisté:

a) Au cours des douze derniers mois?	_____
b) Au cours des cinq dernières années?	_____

Ce questionnaire est en partie adapté des sources suivantes :

Fleury, MJ et al. (2008). Variables associated with general practitioners taking on patients with common mental disorders. *Mental Health in Family Medicine*, 5, 149–60.

Sondage national des médecins (2013). Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. <http://nationalphysicianssurvey.ca/fr/surveys-fr/sondage-2013/>

**Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi****FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(CLINICIENS)**

Titre du projet :	Analyse des besoins et de la perception des barrières et facilitateurs associés à l'implantation de changements dans les pratiques cliniques pour les troubles mentaux courants chez les patients atteints de maladies chroniques
Chercheur responsable du projet de recherche :	Pasquale Roberge, PhD, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke
Cochercheurs :	Catherine Hudon, MD, PhD; Alain Vanasse, MD, PhD, Marie Giroux, MD; Christine Loignon, Ph.D; Isabelle Gaboury, PhD; Marie-Claude Beaulieu, MD (tous du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke)
Collaboratrice :	Maud-Christine Chouinard, inf., PhD, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
Organisme subventionnaire :	Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) dans le cadre du financement du projet Réseau-1 Québec - Réseau de connaissances en soins et services de la première ligne au Québec

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche a pour but d'étudier la perception des cliniciens et des patients quant à la prestation des soins en première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques physiques et d'un trouble anxieux ou dépressif. Des entrevues individuelles auront lieu à l'UMF-GMF des Deux-Rives de Sherbrooke, à l'UMF-GMF du CSSS de Chicoutimi et dans quelques GMF dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean et à l'UMF-GMF du Centre hospitalier de St.

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 18 février 2015 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Mary à Montréal. Notre échantillon est composé de médecins, infirmières et autres professionnels œuvrant en santé mentale (entre 20 et 25) et de patients qui présentent une maladie chronique physique et un trouble anxieux et/ou dépressif (entre 15 et 20) (pour un total d'environ 45 personnes) répartis également entre les trois UMF-GMF qui participent au projet.

Déroulement du projet de recherche

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez convoqué à une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes qui aura lieu à la clinique où vous travaillez. Cette entrevue sera enregistrée sur support audio et réalisée par un membre de l'équipe de recherche. Les entrevues seront réalisées auprès de médecins, infirmières et autres professionnels œuvrant en santé mentale pour explorer des thèmes tels que les attitudes et connaissances, la perception des rôles, les pratiques cliniques actuelles, l'accès à la psychothérapie, la collaboration interprofessionnelle, la gestion des priorités cliniques, etc.

Collaboration du participant au projet de recherche

Votre participation ne requiert pas de préparation particulière. Nous vous demandons de tenter de porter une attention particulière afin de ne pas donner les prénoms et noms de professionnels de la santé ou de patients afin de respecter la confidentialité et l'anonymat des individus.

Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Cette recherche ne comporte pas de risques ou inconvénients pour les personnes qui y participent.

Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Le chercheur responsable du projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous

concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les réponses que vous fournirez lors de l'entrevue et des renseignements sociodémographiques tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance, et votre origine ethnique.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet à l'Université de Sherbrooke, de même que par la professeure Maud-Christine Chouinard à l'UQAC. Toutes les données électroniques seront conservées dans l'ordinateur protégé par mot de passe de la professeure Pasquale Roberge dans son bureau à l'Université de Sherbrooke de même que dans celui de la professeure Maud-Christine Chouinard situé dans le local de recherche du département des sciences infirmières de l'UQAC.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, de même que les enregistrements seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable et par la collaboratrice à l'UQAC (Pre Maud-Christine Chouinard) et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations

Financement du projet de recherche

Pour mener à bien ce projet de recherche, le chercheur a reçu des fonds du Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) dans le cadre du financement du projet Réseau-1 Québec (Réseau de connaissances en soins et services de la première ligne au Québec).

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation au projet de recherche.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant au projet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'une des personnes ci-dessous aux numéros suivants :

Chercheure responsable : Professeure Pasquale Roberge au (819) 820-6868 poste 13814 (Sherbrooke) (les jours ouvrables)

Assistante de recherche : Annie Benoit au (844) 820-6427 (sans frais) (les jours ouvrables)

Cochercheure responsable : Docteure Catherine Hudon au (819) 346-1110 poste 70541 (les jours ouvrables)

Collaboratrice à Chicoutimi : Professeure Maud-Christine Chouinard au (418) 545-5011 poste 5344 (les jours ouvrables)

Étudiante à la maîtrise : Ariane Girard au (418) 590-9849 (les jours ouvrables)

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, au numéro suivant: (418) 541-7026.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes les questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité, Madame Christine Gagnon au (418) 541-1234 poste 3294.

Consentement

Titre du projet : Analyse des besoins et de la perception des barrières et facilitateurs associés à l'implantation de changements dans les pratiques cliniques pour les troubles mentaux courants chez les patients atteints de maladies chroniques

I. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

II. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant au projet de recherche

Date

III. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date